

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE NO
AUTOCUIDADO

ESTUDO DESCRITIVO DE BASE POPULACIONAL NO CONCELHO
DA MAIA

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Professor Doutor Abel Paiva e Silva

Coorientação:

Mestre Maria do Carmo Rocha

Maria Manuela Cardoso Lopes Trigo

Porto, 2012

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho não teria sido possível, sem a colaboração e a disponibilidade de algumas pessoas, assim sendo, gostaria de expressar de forma individualizada a minha gratidão:

Ao Professor Doutor Abel Paiva e Silva pela possibilidade de integrar este projeto, pelos seus ensinamentos e pela dedicação à enfermagem.

À Professora Maria do Carmo Rocha pela orientação, disponibilidade e compreensão.

A todos os Professores pelo contributo dado à nossa formação, em especial à *Professora Doutora Bárbara Gomes*, coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

À população do concelho da Maia que participou neste trabalho, pelo tempo disponibilizado e pela colaboração na recolha dos dados.

Aos meus colegas Adriano Orta, Catarina Soeiro, Eva Maria e Pedro Gabriel pelo companheirismo no período da recolha de dados.

À Enfermeira Inês Moreira pela compreensão na elaboração dos horários durante a recolha de dados.

À Ana Margarida pelo apoio na língua Inglesa.

Ao António e ao Gonçalo pela compreensão e apoio incondicionais.

A TODOS... ***MUITO OBRIGADO***

“ Em toda a obra de criação há um fio condutor, nem sempre facilmente discernível, que lhe dá unidade - um fio discreto ou evidente, da maior importância, pois é um dos sinais da sua autenticidade”.

Eugénio de Andrade

SIGLAS E ABREVIATURAS

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão.

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

DGS - Direção Geral de Saúde.

ICN - International Council of Nurse.

INE - Instituto Nacional de Estatística.

MS - Ministério da Saúde.

OE- Ordem dos Enfermeiros.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences.

RESUMO

A incidência e a prevalência da doença crónica, o envelhecimento da população, a baixa natalidade e o aumento da esperança de vida, trazem associados um aumento dos níveis de dependência no autocuidado em contexto domiciliário. Em Portugal a escassez de conhecimento sobre a condição de saúde do dependente no autocuidado justifica a necessidade de efetuar-se estudos que acrescentem conhecimento sobre a condição de saúde dos dependentes no autocuidado a viver em contexto familiar. Este maior conhecimento permitirá repensar os modelos de exercício atualmente em uso.

A problemática desta dissertação reflete a condição de saúde do dependente no autocuidado integrado em famílias clássicas no concelho da Maia. Neste contexto realizamos um estudo de perfil quantitativo, de natureza descritiva e carácter transversal. As famílias clássicas com dependentes no autocuidado constituíram a nossa população, tendo sido definida uma amostra significativa, aleatória e estratificada por freguesias. O instrumento de recolha de dados utilizado foi um formulário já testado e aplicado em outros estudos semelhantes no país. Foram identificadas 1471 famílias numa abordagem “ porta a porta ” e encontradas 125 famílias que integravam dependentes no autocuidado. Destas famílias, 98 aceitaram participar nesta investigação.

Os resultados obtidos mostram que as pessoas dependentes são na maioria do sexo feminino, com uma média de 72 anos de idade, casados, com baixo nível de escolaridade, pensionistas/reformados e portadores de dependência de instalação gradual.

Na condição de saúde os resultados mostraram que 75% das pessoas dependentes apresentam sinais de comprometimento da amplitude articular; 21,4% presença de incontinência intestinal; 17,3% presença de incontinência urinária; 16,3% integridade da pele comprometida; 12,5% condição de higiene e asseio deficitária; 11,5% condição de vestuário deficitária; 11,2% sinais aparentes de desidratação; 9,3 % alteração do estado mental; 5,2% limpeza das vias aéreas comprometida; 4,1% sinais aparentes de desnutrição.

Estes resultados evidenciam a emergência de novos desafios nos modelos de intervenção a desenvolver pelos enfermeiros na comunidade.

Palavras-chave: Condição de saúde; Autocuidado; Dependência no autocuidado

Health Condition of the Self-Care Dependents

ABSTRACT

The incidence and prevalence of chronic disease, ageing population, low birthrate and the growth of life expectancy is related with the increase of self-care dependents in domiciliary context. In Portugal, the lack of knowledge about the health conditions of the self-care dependent living in a family context, justify the need to carry out studies that increase this same knowledge. Therefore, these studies will allow rethinking the exercise models in use.

The dissertation problematic reflects the health conditions of self-care dependents integrated in a classical family in the Maia's city council.

In this context, we conducted a quantitative, exploratory and descriptive study. The study population was the classical families with self-care dependents; a significant random sample stratified by parishes. The instrument used in the research was a tested and already applied form in other studies across the country. 1471 families were identified through "door-to-door" approach and found 125 families that integrated self-care dependents. From those families, 98 agreed to participate in this study.

The results showed that the self-care dependents are in the majority female, with an average of 75% of addicts signs of impaired range of motion; 21,4% presence of bowel incontinence; 17,3% presence of urinary incontinence; 16,3% of compromised skin integrity; 12,5% condition of deficient hygiene cleanliness; 11,5% deficit in clothing conditions; 11,2% apparent signs of dehydration; 9,3% change in mental status; 5,2% impaired clearance; 4,1% apparent signs of malnutrition.

This results show the emergence of new challenges in the developed models of intervention by nurses in the community.

Key words: Health- status; Self-care; Self-care dependency.

INDICE

INTRODUÇÃO	11
1- ENQUADRAMENTO TEORICO	15
1.1- Envelhecimento Demográfico e a Dependência no Autocuidado	15
1.1.1- Definição de Conceitos	20
1.1.2- Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem.....	22
1.2- Condição de Saúde da Pessoa Dependente	26
2- ENQUADRAMENTO METODOLOGICO	35
2.1- Justificação do Estudo	35
2.2- Finalidade do Estudo.....	38
2.3- Objetivos do Estudo	38
2.4- Método e Tipo de Estudo	39
2.5- Contexto do Estudo	39
2.6- População e Amostra.....	42
2.7- Variáveis em Estudo.....	47
2.8- Instrumento e Recolha de Dados	49
2.9- Aspetos Éticos da Investigação	51
3- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
3.1- Proporção de Famílias Clássicas que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado	53
3.1.1- Caraterização das Famílias	54
3.1.2- Caraterização dos Alojamentos.....	56
3.1.3- Caraterização das Pessoas Dependentes	57
3.1.4- Caraterização da Condição de Saúde	62
3.2- Síntese da Condição de Saúde das Pessoas Dependentes no Autocuidado	71

CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA	79

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 : Relação entre: Domínio do autocuidado, problemas associados, impacte na condição de saúde e indicadores	32
TABELA 2: Distribuição dos agregados familiares do concelho da Maia por freguesias..	43
TABELA 3 : Distribuição dos agregados familiares da amostra no concelho da Maia por freguesia	45
TABELA 4 : Proporção de famílias clássicas que integram dependentes por freguesias.	54
TABELA 5 : Caraterísticas da família da pessoa dependente	55
TABELA 6 : Caraterísticas dos alojamentos da pessoa dependente	57
TABELA 7 : Caraterísticas sociodemográficas da pessoa dependente.....	59
TABELA 8 : Caraterísticas da dependência.....	60
TABELA 9 : Caraterísticas do estado de saúde da pessoa depende.....	61
TABELA 10 : Condição de saúde: Sinais aparentes de desidratação.....	63
TABELA 11 : Condição de saúde: Sinais aparentes de desnutrição	63
TABELA 12 : Condição de saúde: Sinais aparentes da integridade da pele.....	64
TABELA 13 : Condição de saúde: Localização das úlceras de pressão	65
TABELA 14 : Condição de saúde: Comprometimento da amplitude articular	66
TABELA 15 : Condição de saúde: Sinais aparentes de compromisso respiratório.....	66
TABELA 16 : Condição de saúde: Sinais aparentes de deficitária condição de higiene e asseio	67
TABELA 17 : Condição de saúde: Sinais aparentes de deficitária condição de vestuário	68
TABELA 18 : Condição de saúde: Alterações no estado mental	69
TABELA 19 : Condição de saúde: Número de quedas no último mês	69
TABELA 20 : Número de aspetos alterados na condição de saúde	73

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 : Evolução do índice de envelhecimento em Portugal.....	16
FIGURA 2 : Evolução do índice de dependência de idosos em Portugal	17
FIGURA 3 : Evolução do índice de dependência total em Portugal	18
FIGURA 4 : Localização do concelho da Maia	40
FIGURA 5 : Evolução do índice de envelhecimento por local de residência, no concelho da Maia	41
FIGURA 6 : Evolução do índice de dependência de idosos e de dependência total por local de residência, no concelho da Maia	41
FIGURA 7 : Famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado no concelho da Maia	46
FIGURA 8 : Distribuição dos dependentes segundo a eliminação intestinal, de acordo com o índice de Barthel	70
FIGURA 9 : Distribuição dos dependentes segundo a eliminação vesical, de acordo com o índice de Barthel	71
FIGURA 10 : Sinais aparentes de alteração indesejada na condição de saúde.....	72

INTRODUÇÃO

O presente trabalho emerge na sequência de um estudo de investigação, realizado no âmbito do 1º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e tem como objetivo a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. A orientação foi da responsabilidade do Professor Doutor Abel Paiva e Silva e a coorientação da Mestre Maria do Carmo Rocha.

O tema em estudo é a *Condição de Saúde da Pessoa Dependente no Autocuidado* integrada em famílias clássicas no concelho da Maia, enquadrado num projeto de investigação mais alargado, a decorrer noutros pontos do país e tem por finalidade aumentar o conhecimento sobre a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado integradas no contexto da família.

O envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante deste século e comum a todos os países desenvolvidos, pelas implicações socioeconómicas, pelas alterações a nível individual e pelos novos estilos de vida. O envelhecimento demográfico reflete-se pelo aumento das pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, na população total. Atualmente reconhece-se que a causa do envelhecimento permanece devido à baixa mortalidade, ao declínio da fecundidade e aos fluxos migratórios (INE, 2004).

Em Portugal a proporção de pessoas com mais de 65 anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960 para 16% em 2001 (INE, 2004). De acordo com as projeções da população residente em Portugal, entre 2000 e 2050, estima-se um envelhecimento continuado da população, por previsível baixa da natalidade e o aumento da esperança de vida (INE, 2003). Assim, na sociedade contemporânea torna-se importante, cada vez mais, conhecer esta dimensão e prever a sua evolução, para ajustar respostas adequadas, numa atitude preventiva e promotora de saúde.

As alterações sociais, demográficas, económicas e estruturais e as metas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 vieram alterar a oferta a nível dos cuidados. Elegendo-se os cuidados de saúde primários como o pilar do sistema de saúde, foi colocado em curso uma reforma, com a finalidade de redefinir o modelo de prestação de cuidados, tornando-o mais acessível e adequado às necessidades. O desenvolvimento da reforma dos cuidados de saúde primários corroborou na necessidade dos profissionais trabalharem não só com o utente, mas com a família e a comunidade. Impôs-se uma reorientação das práticas profissionais de forma a adaptarem-se às necessidades da comunidade. Foram implementados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e implementadas as unidades que o constituem. Neste âmbito surgem as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), equipas multidisciplinares que visam concretizar atividades adaptadas à comunidade como espaço de intervenção, particularmente a grupos sociais mais vulneráveis.

Desta forma, a área dos cuidados continuados integrados e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos assumem, cada vez mais, uma importância primordial no sistema de saúde. Estes cuidados acentuam-se na assistência à convalescença, na recuperação global, na reintegração da pessoa portadora de doença crónica e na reabilitação em situação de dependência, pretendendo promover a autonomia, a reinserção familiar e social. Estas unidades foram implementadas com o intuito de garantir a melhoria da condição de saúde da população nas suas áreas geográficas, acrescentando ganhos em saúde (Decreto - Lei nº 101, 2006).

Neste contexto, podemos enquadrar as competências do enfermeiro com a especialidade em enfermagem de reabilitação, que muito pode contribuir nas intervenções preventivas, assegurando as capacidades da pessoa dependente, evitando mais incapacidades, prevenindo complicações, defendendo o direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A reabilitação da pessoa dependente deve ser um processo precoce, contínuo, progressivo, único e pessoal. Assim, o enfermeiro adota o papel de facilitador no processo de transição, ao ajudar a pessoa e a família na aprendizagem de habilidades de forma a ultrapassarem o processo de saúde/doença.

Usando o conceito de transição como modelo de intervenção, o enfermeiro pode promover um tipo de atuação, muito além da visão biomédica, não se centrando apenas na doença, mas também nas necessidades individuais do dependente, favorecendo a pessoa como um todo. Assim, “ *A enfermagem toma por objecto de estudo as respostas*

humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação - Ou seja, importa evoluir (...) do paradigma biomédico (...) para modelos nos quais haja mais valorização da enfermagem - com ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições” (Silva, 2007, p.14), baseado em “enfermagem com mais enfermagem” (ibidem, p.12).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), a necessidade de implementar sistemas de qualidade é adotada formalmente, revelando-se uma prioridade. Esta qualidade exige reflexão sobre a prática, o que evidencia a necessidade do conhecimento para refletir os cuidados prestados. Conhecer a condição de saúde de uma população permite ao enfermeiro diagnosticar as necessidades existentes e planear os cuidados de enfermagem necessários para aquele contexto.

Neste âmbito, *“...procura-se, ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se (...) a máxima independência na realização das actividades de vida” (OE, 2001, p.8).* Assim, os cuidados de enfermagem devem adotar por foco de atenção, a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e pretende alcançar, encontrando-se otimizados quando toda a unidade familiar é alvo desse processo de cuidados (OE, 2001).

Desta forma, no âmbito da investigação centrada nas “Famílias que integram dependentes no autocuidado” pretender-se-á responder à seguinte questão:

- *Qual a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado que vivem em contexto familiar. Estarão a receber os cuidados mínimos necessários face às suas necessidades?*

Neste sentido, efetuamos um desenho de investigação quantitativo, de natureza descritiva e caráter transversal, tendo como população as famílias clássicas da Maia e uma amostra significativa, aleatória e estratificada por freguesias. O instrumento de recolha de dados foi o formulário, já utilizado e testado em estudos semelhantes no país.

Este trabalho pretende descrever o percurso de investigação realizado, e tem como objetivo geral conhecer a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado integrada em famílias clássicas no concelho da Maia, indicando resultados que possam ajudar a desenvolver modelos de intervenção na comunidade de maior proximidade com as pessoas dependentes e famílias.

Organizamos a dissertação em três capítulos. No primeiro fazemos a exploração do enquadramento teórico, abordamos os temas sobre o envelhecimento demográfico, a dependência no autocuidado, a teoria geral de enfermagem de Dorothea Orem e a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado. No segundo capítulo, apresentamos o enquadramento metodológico do estudo, a justificação, a finalidade, os objectivos do estudo, população e amostra, o método e tipo de estudo, o instrumento de recolha de dados e os aspetos éticos da investigação. No terceiro evoluímos para os resultados obtidos sobre a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado integrada em famílias clássicas no concelho da Maia.

Não perspetivando um percurso fácil é no entanto nosso desejo que este trabalho de investigação contribua de forma positiva para o largo projeto, em que se pretende obter conhecimento sobre o fenómeno da dependência no autocuidado, no âmbito das famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado, no nosso país.

1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Da revisão bibliográfica efetuada sobre o tema abordaremos os aspetos relacionados com o envelhecimento demográfico, a dependência no autocuidado, os principais conceitos, a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado e faremos referência ao modelo teórico da Dorothea Orem como essencial contributo para a compreensão da problemática em estudo na perspetiva da enfermagem.

1.1- Envelhecimento Demográfico e a Dependência no Autocuidado

O envelhecimento demográfico é um fenómeno inevitável nas sociedades desenvolvidas pelo declínio da natalidade, o aumento da esperança de vida, melhores condições de vida socioeconómicas, os avanços científicos e tecnológicos (INE, 2010).

Portugal está classificado como o sétimo país mais envelhecido da Europa. Este fenómeno é gerado pela diminuição dos jovens e o aumento da esperança de vida traduzindo um número, cada vez maior, de pessoas a atingir idades mais avançadas (INE, 2005).

Se analisarmos as pirâmides etárias, verificamos um estreitamento na base e um alargamento no topo, evidenciando especialmente, as idades a partir dos 65 anos e mais acentuada no sexo feminino. Embora as mulheres vivam mais anos, a sua incapacidade é mais notória quando comparada com os homens.

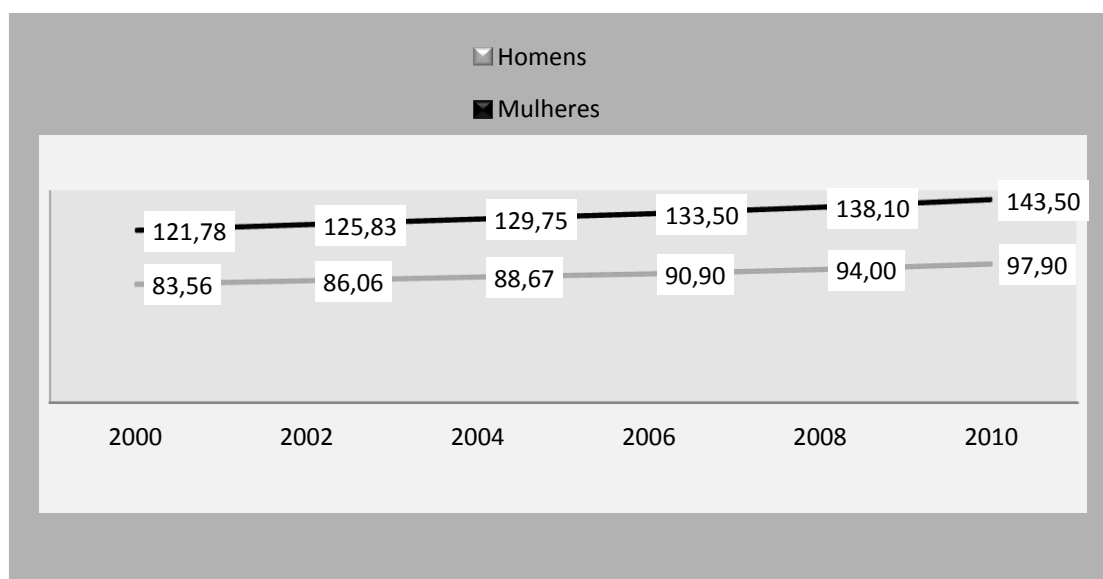
O alargamento do topo da pirâmide etária indica-nos que a população idosa está a crescer, sendo resultado da esperança de vida. Por outro lado, o estreitamento da

base da pirâmide evidencia uma diminuição da população jovem. A diminuição dos jovens e o aumento da população idosa implica um duplo envelhecimento, ou seja, o envelhecimento da base e do topo da pirâmide (INE, 2005).

Através dos censos de 2001 podemos verificar que a proporção de jovens diminuiu de 20% para 16%, enquanto a de idosos subiu de 13,6% para 16,4%, ou seja, o índice de envelhecimento que relaciona a população com 65 anos ou mais anos com a de jovens (com menos de 15 anos) aumentou de 68 idosos, por cada 100 jovens, em 1991 para 102 em 2001, o que equivale a quase mais 40 idosos (INE, 2004).

As projeções da População residente em Portugal, igualmente, apontam para uma população idosa com tendência crescente (Figura 1), prevendo-se que volte a duplicar nos próximos 50 anos (INE, 2010).

FIGURA 1: Evolução do índice de envelhecimento em Portugal



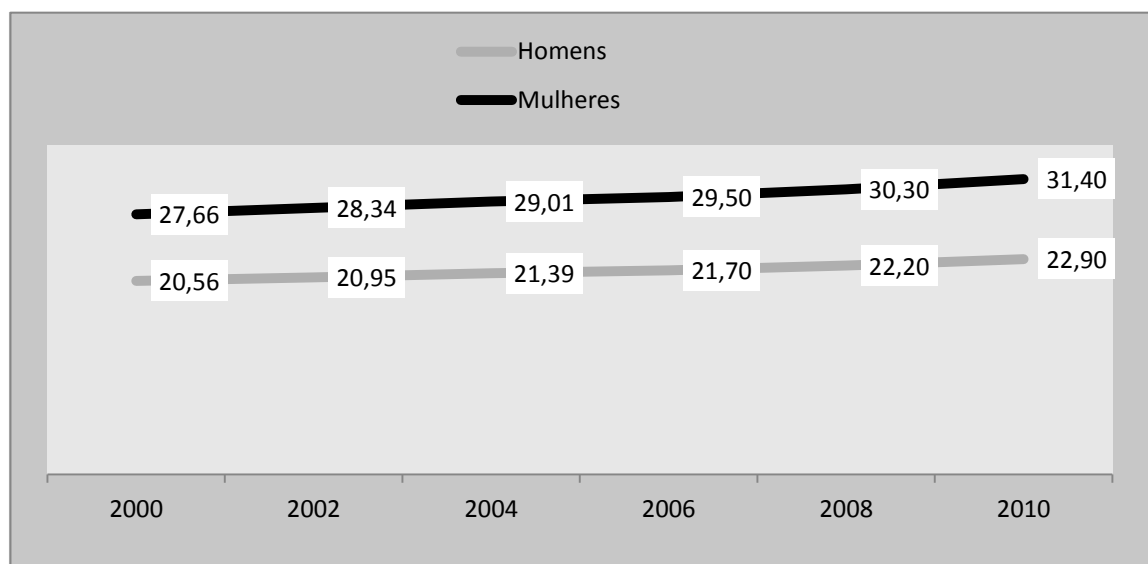
Fonte: Adaptado do INE, estimativas anuais, 2011

Em tempos, envelhecer estava associado a doença, no entanto, sabemos que isso, nem sempre corresponde à verdade *“é importante saber distinguir os efeitos da idade, da patologia”* (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003, p.366). Ainda que, *“... com o aumento da longevidade, os mais idosos têm maior probabilidade de deterioração de alguns sistemas funcionais e estruturais do organismo, levando-os a situações de dependência física, psíquica ou social”* (Araújo, Paul e Martins, 2010, p.46).

O Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, diz-nos que a dependência para além, de ser uma situação de falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, pode ser motivada por uma situação de ausência ou pouco apoio familiar, ou de outros apoios sociais. “ *Entre os diferentes problemas de saúde que acometem as pessoas idosas, a dependência causa um forte impacto na família e na sociedade...*” (Araújo, Paul e Martins, 2011, p.871). A dependência não sendo um fenómeno novo, presentemente é um facto complexo, porque “ *Deparamo-nos com um número significativo de pessoas incapazes de satisfazer as exigências do autocuidado* ” (Araújo, 2010, p.47).

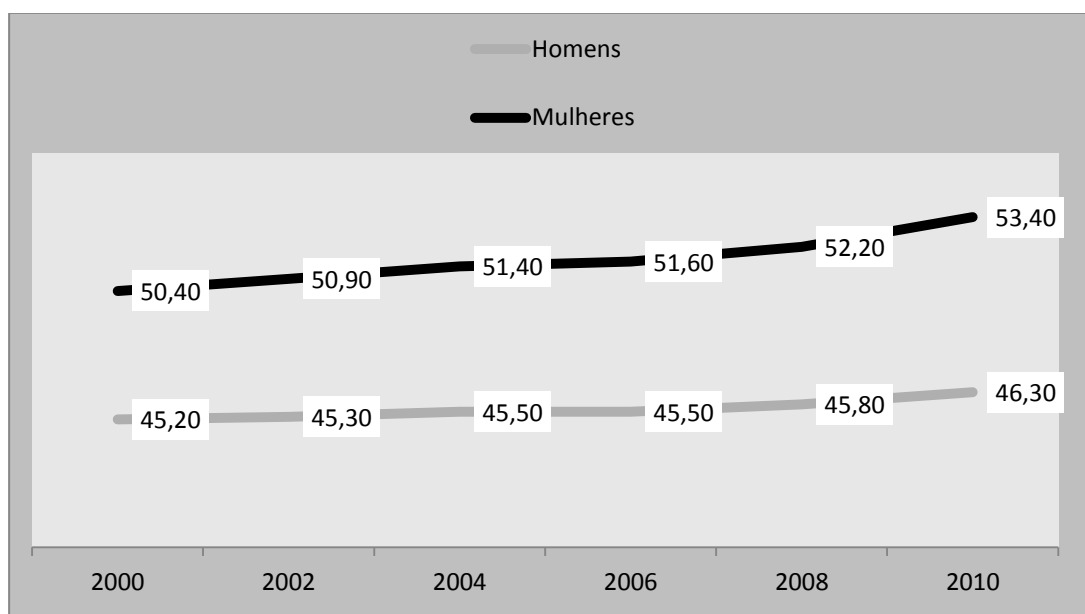
Em Portugal, podemos verificar que o índice de dependência dos idosos e o índice de dependência total, também têm vindo a aumentar (Figuras 2 e 3), apontando uma tendência crescente (projeções de Portugal, INE, 2011). Entende-se por índice de dependência de idosos a relação entre a população idosa (idade igual ou superior a 65 anos) e a população ativa (entre 15 e os 64 anos) e por índice de dependência total a relação entre a população jovem e idosa e a população activa.

FIGURA 2: Evolução do índice de dependência de idosos em Portugal



Fonte: Adaptado do INE, estimativas anuais, 2011

FIGURA 3: Evolução do índice de dependência total em Portugal



Fonte: Adaptado do INE, estimativas anuais, 2011

Simultaneamente, o avanço técnico e científico tem contribuído para o aumento da longevidade da população e, consequentemente para o aumento das doenças crónicas-degenerativas, que trazem associadas várias complicações, algumas incapacitantes, conduzindo a mais casos de dependência, e a uma procura de cuidados de saúde maior.

Segundo o Decreto-lei nº 101, de 6 Junho, por doença crónica entende-se,

“(...) doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas (...) potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correcção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa...” (2006, p. 3857).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) refere que, cerca de metade da procura de cuidados de saúde, nos países desenvolvidos, está relacionado com estas doenças. As doenças crónicas afetam milhares de pessoas e podem surgir durante todo o ciclo vital, suscitando necessidades de cuidados prolongados. *“A dependência pode ocorrer em todas as idades, mas a sua prevalência cresce quando a idade aumenta, porque o envelhecimento, (...) favorece o aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas que podem conduzir a diferentes níveis de dependência” (Araújo, 2010, p.46).*

A doença crónica independentemente da sua origem, física, mental ou mesmo de ambas, é uma das maiores causas de incapacidade provocando perda da independência e até da própria autonomia (Figueiredo, 2007).

Por outro lado, num ambiente de racionalização de recursos económicos, direcionado para um modelo biomédico em que as atuais políticas de saúde *“preconizam internamentos hospitalares cada vez mais curtos, não havendo espaço, para uma recuperação total da pessoa dependente”* (Petronilho, 2007, p.43), a grande dificuldade é que, os cuidados continuados embora já implementados, ainda são insuficientes para as necessidades apresentadas pelas populações, transferindo-se a responsabilidade do cuidar para as famílias.

A família é considerada a unidade principal da sociedade, onde se desenvolvem relações de proximidade e de compromisso, *“o espaço natural onde se faz a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos”* (Martins, 2002, p.11), proporcionando suporte afetivo, cognitivo e material, essenciais para o bem-estar dos seus elementos. Cuidar de um familiar no seu domicílio deverá ser estimulado, não só pela racionalização de recursos, mas essencialmente pela promoção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa dependente (Louro, 2009), sendo o cuidado prestado pela família de grande importância.

Prestar cuidados é visto pela maioria das sociedades como um dos papéis básicos da família porque *“na família é aprendido o autocuidado, comportamentos de bem-estar, prestam-se cuidados a diferentes membros ao longo do seu desenvolvimento e durante as diferentes transições do ciclo vital (...) apoiam-se uns aos outros em actividades de promoção de saúde e em processos de doença aguda e ou crónica ”* (Araújo, 2010, p.56).

Na sociedade portuguesa, especialmente aos membros do sexo feminino, por razões culturais, confere-se o papel de cuidadores dos restantes elementos da família, *“ uma das principais razões que leva a que a maioria dos prestadores de cuidados seja mulheres tem a ver com a educação recebida e com a construção social das funções da mulher”* (Imagínario, 2004, p.79) assim, *“ (...) a imagem da família solidária com os seus membros mais velhos e mais dependentes, cuidando deles no seu seio, encontra-se profundamente enraizado nos valores culturais da sociedade Portuguesa”* (Figueiredo e Sousa 2002, citado por Petronilho, 2007, p.43).

Na opinião de vários autores é redutor considerar-se que cuidar de uma pessoa dependente se confina à satisfação das atividades relacionadas com as da vida diária,

pois advogam que o cuidar vai muito para além, integrando, também, todas as dimensões do apoio emocional e cognitivo (Sequeira, 2010; Figueiredo, 2007; Gonçalves, 2008; Louro, 2009).

Embora, “ (...) *o lugar do idoso, tradicionalmente, mantém-se na família. (...) vive-se em contextos mais desfavorecidos para a sua adaptação.*” (Araújo, 2010, p.49). Sendo assim, assumir a prestação de cuidados a um membro da família dependente é uma decisão complexa, porque se reflete em toda a dinâmica familiar, e “ *o cuidar de um familiar com dependência surge em muitas situações de forma inesperada, para a qual o cuidador habitualmente não tem formação prévia, nem se encontra preparado*” (Sequeira, 2007, p.107). A avaliação das necessidades dos cuidadores é fundamental, para desenvolver modelos de intervenção que contribuam para o sucesso dos cuidados no domicílio.

Muitos cuidados que, até há pouco eram assegurados em contexto hospitalar, passaram a ser da responsabilidade dos cuidados de saúde primários, pelo que se torna indispensável garantir as condições necessárias de segurança, de forma a evitar riscos e/ou complicações na condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado. Assim sendo, em concordância com Petronilho “ *Os enfermeiros são os profissionais de saúde que dão os maiores contributos para a obtenção de ganhos por parte das pessoas afetadas na sua condição de saúde, nomeadamente no autocuidado.*” (2007, p. 53).

Em síntese, “ *O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade Portuguesa vêm determinando novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas mais adequadas*” (DGS, 2004, p.1).

1.1.1- Definição de Conceitos

O conceito de dependência está profundamente relacionado com o de autocuidado, segundo Orem “*a doença ou mau funcionamento físico ou mental podem limitar aquilo que a pessoa pode fazer por ela mesma*” (2001, p.46).

A dependência pode ocorrer em qualquer idade, e pode ser permanente ou temporária, podendo ter aliado um processo dinâmico cuja evolução pode modificar-se

e até prevenir-se ou reduzir-se se houver ambiente e assistência adequados. (Carvalho, 2007). Assim, dependência é *“a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adoptar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros”*, (Sequeira, 2007, p.4).

O Decreto-lei nº 109, de 6 de Junho define dependência como,

“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência, orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar, ou de outra natureza, não consegue por si só, realizar as actividades da vida diária.”, (2006, p. 3857).

Segundo o ICN (2005, p.107), na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem ser dependente é *“estar dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda e apoio”*, a pessoa encontra-se numa situação, que por falta ou de perda da autonomia física, psíquica ou intelectual não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.

Para Araújo, Paul e Martins, dependência *“ (...) é um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, necessitam de uma assistência e/ou ajuda de outra pessoa para realizar os actos correntes da vida.”* (2011, p.870). O termo autonomia está relacionado com a capacidade da pessoa tomar decisões na sua vida, a dependência está conferida à incapacidade do desempenho das atividades de vida diária e de autocuidado.

A capacidade de desempenhar as atividades do autocuidado é intrínseca ao ser humano. No entanto, pode surgir incapacidade por limitações resultantes de compromisso físico, psíquico, intelectual, ou até da combinação dos diferentes aspetos.

O termo autocuidado, segundo o ICN (2005, p.46), na Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, é *“Um tipo de Actividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária”*.

Para Theuerkauf (2000, citado por Duque, 2009, p.31) autocuidado é *“mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É um processo que proporciona ao utente e*

família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais”.

O Ministério da Saúde (2007) define autocuidado como a capacidade de se manter ativo quer fisicamente, quer mentalmente.

Para Orem (1991) o autocuidado é uma atividade adquirida, ou seja, a pessoa inicia-a e desempenha-a, em seu próprio benefício, mantendo a vida e um funcionamento saudável. Partindo deste conceito de Orem, a pessoa que consegue sozinha realizar as ações do autocuidado é um agente do seu autocuidado, quando não tem a capacidade de autocuidado é designada de agente dependente de autocuidado.

Pelos conceitos expostos, pensamos ser importante apresentar um modelo teórico que, no nosso entender, permite compreender melhor a pessoa dependente no autocuidado e reforça a importância deste fenómeno para a enfermagem.

1.1.2- Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem

A teoria de Dorothea Orem aparece publicada a partir dos anos sessenta e apresenta uma perspectiva visionária do desenvolvimento dos conhecimentos da enfermagem expressa através da denominada *Teoria Geral de Cuidados de Enfermagem*.

Esta teoria resultou de uma constante preocupação na melhoria dos cuidados de enfermagem e tem como conceito básico o autocuidado, “ *a prática de actividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar*” (Orem, 2001, p.43).

Para Dorothea Orem todos os indivíduos adultos e saudáveis têm capacidades de se autocuidar, definindo o conceito de *Self-care agency* (agência de autocuidado). A pessoa que possui estas capacidades é denominada *Self-care agent* (agente de autocuidado). Contudo, quando surge uma doença, falta de recursos ou fatores ambientais desfavoráveis, pode necessitar de ajuda de outros nomeadamente, de familiares e amigos, denominando-se então por *Dependent care agent* (agente

dependente de cuidados). O requisito fundamental para a necessidade da intervenção de enfermagem, segundo Orem (1983) é a ausência de capacidade para manter o autocuidado na quantidade e qualidade necessárias para manter a vida, a saúde e a recuperação da doença, de forma, a comportar os seus efeitos. Assim os profissionais são designados por Orem como *Therapeutical self-care agent* (agente terapêutico de autocuidado).

Seguindo esta base, Dorothea Orem desenvolveu a Teoria Geral de Enfermagem em que correlaciona três teorias: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

- **Teoria do Autocuidado**

Nesta teoria, Orem descreve os conceitos: de autocuidado, ação do autocuidado, fatores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado e exigência terapêutica de autocuidado.

O Autocuidado é um conjunto de atividades desenvolvidas pela pessoa que, adota padrões que contribuem de maneira específica nas funções, integridade e no desenvolvimento humano. *A Ação de Autocuidado* explica o autocuidado como sendo uma atividade, ou um conjunto de atividades realizadas pela pessoa para atingir uma meta ou resultado.

O autocuidado não é inato, é uma ação que se aprende através das relações e da comunicação durante o crescimento e desenvolvimento, por isso, não existe nas crianças. A capacidade que a pessoa apresenta para desenvolver estas ações também pode ser afetada por *fatores condicionantes*, nomeadamente a idade, sexo, fase de desenvolvimento, estado de saúde, padrão sociocultural, fatores dos sistemas de atendimento de saúde, familiares e ambientais, a disponibilidade e a adequação dos recursos.

Quando a pessoa sofre alterações originando incapacidade para o autocuidado surge a necessidade de ajuda ou de substituição na ação do autocuidado. *A Exigência Terapêutica do Autocuidado* expressa-se quando são necessários apoios nos processos vitais e promoção de um normal funcionamento; manutenção de um crescimento, desenvolvimento e maturação normais; prevenção, controlo ou reparação do dano causado por doença; prevenção ou compensação de uma doença ou invalidez.

Os processos para a satisfação das exigências de regulação, funcionamento e desenvolvimento do organismo são denominados de *Requisitos de Autocuidado*. São três os apresentados por Orem: *requisitos universais*, *requisitos de desenvolvimento* e *requisitos de desvio de saúde*.

Os *Requisitos Universais de Autocuidado* são comuns a todos os seres humanos (homens, mulheres ou crianças) e estão associados aos processos de manutenção e funcionamento humano (actividades como comer, beber, andar, entre outros).

Os *requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado* estão associados a algum evento fisiológico (adaptações à infância, à adolescência por exemplo) ou a condições externas (problemas de adaptação social, desemprego, entre outros).

Os *requisitos de Desvio de Saúde* surgem em consequência da doença, incapacidade ou medidas terapêuticas, ocasionando uma mudança no comportamento do autocuidado. Se essa mudança no comportamento é maior que a capacidade da pessoa para se autocuidar, surge o desequilíbrio, originando o denominado *Défice de Autocuidado*.

▪ Teoria do Défice de Autocuidado

A teoria do défice de autocuidado é o núcleo da Teoria Geral de Enfermagem de Orem na medida em que, propicia critérios para uma correta identificação da pessoa ou grupos sociais que necessitem da intervenção de enfermagem.

Dorothea Orem refere que os cuidados de enfermagem devem ser prestados quando as competências de autocuidado da pessoa passam ou igualam as necessidades para atingir o autocuidado, devendo prever-se, um défice ou uma diminuição das capacidades de autocuidado. Deste modo, Orem refere que as pessoas que apresentam, ou poderão vir a apresentar, défices de autocuidado estão num estado de dependência social que justifica a intervenção de enfermagem. Assim, os enfermeiros podem desenvolver diversos métodos de ajuda à pessoa ou a grupos de pessoas, de forma a responder às necessidades de autocuidado utilizando cinco tipos de intervenções de enfermagem: agir ou realizar; orientar; apoiar; proporcionar ou manter; e ensinar.

▪ Teoria dos Sistemas de Enfermagem

A teoria dos sistemas de enfermagem é baseada nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa para desenvolver actividades de autocuidado, e define como essas necessidades são compensadas pelos enfermeiros. Assim, os sistemas de enfermagem surgem como forma de compensar esses défices de autocuidado. Orem (1991), descreve três tipos de sistemas de enfermagem para perfazer os requisitos do autocuidado:

O *Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório* é representado pela situação em que a pessoa é incapaz de desempenhar ações de autocuidado, socialmente dependente de outros para o seu bem-estar e para continuar a sua existência, pelo que, a função do enfermeiro assume a responsabilidade de substituir a pessoa, promovendo o cuidado ao mesmo, compensando a sua incapacidade para o autocuidado.

O *Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório* está representado na situação na qual, tanto o enfermeiro como a pessoa têm um papel ativo nas ações do autocuidado. Para Orem, o enfermeiro deve ajudar a pessoa no que ela não é capaz de realizar por si só de acordo com as limitações da pessoa, dos conhecimentos, das habilidades necessárias da pessoa, da disposição psicológica da pessoa para aprender e/ou fazer as atividades específicas.

O terceiro, *Sistema de Enfermagem de Suporte* aplica-se em situações nas quais, o enfermeiro ensina e apoia, porque a pessoa é potencialmente capaz de satisfazer as suas carências de autocuidado. O papel do enfermeiro será ensinar e supervisionar a pessoa a capacitar-se para o papel de agente autónomo do autocuidado.

Dorothea Orem perspetiva um modelo de cuidados centrado na aquisição da capacidade desejada da ação do autocuidado da pessoa, através do preenchimento dos seus requisitos de autocuidado. Enfatiza a preocupação da enfermagem pela necessidade que o ser humano tem, de ter ações de autocuidado continuamente para manter a vida e saúde ou para recuperar da doença ou de lesões. A autora focaliza a intervenção do enfermeiro no défice do autocuidado e vê o papel do enfermeiro e da pessoa como complementares, convergindo para o objetivo primordial que é a autonomização face ao autocuidado. O principal objetivo deste modelo teórico é a eliminação dos défices de autocuidado.

Os conceitos de promoção do autocuidado inserem-se numa visão holística de que atualmente tanto se fala. Da revisão da literatura efetuada, grande parte dos trabalhos de investigação neste domínio tiveram por intuito testar esta teoria, concluindo a sua aplicabilidade (Dupas [et al], 1994; Vale, 1999; Diógenes, 2003; Bub [et al], 2006; Vítor, Lopes e Araújo 2010).

1.2- Condição de Saúde da Pessoa Dependente

Nos últimos anos a sociedade tem sofrido diversas alterações, quer em termos sociais, quer em termos de saúde, no entanto,

“ Se é verdade que a melhoria das condições socioeconómicas da população e o avanço da tecnologia na saúde levaram, inevitavelmente, a um aumento significativo da esperança de vida (...), não menos relevante é o facto destes ganhos arrastarem em si consequências que, eventualmente, num primeiro momento não terão sido devidamente equacionadas” (Petronilho, 2007, p.12).

Como já tivemos oportunidade de referir, a modificação da estrutura etária da população, alterações no padrão de doenças e as altas hospitalares precoces trazem associado um aumento de pessoas com incapacidades funcionais e cognitivas, criando inevitavelmente, situações de dependência no domicílio. Muitas vezes, em contexto desfavorável, quando não são assegurados aos cuidadores familiares, conhecimentos, capacidades e suporte profissional, que lhes permita garantir a continuidade dos cuidados inerentes à condição de saúde da pessoa dependente.

Condição de saúde de acordo com o INE *“é o termo genérico e/ou tipificar/clarificar (doenças agudas ou crónicas), perturbações, lesões ou traumatismos; uma condição de saúde pode incluir também outras circunstâncias, como velhice, anomalia congénita ou predisposição genética. As condições de saúde são codificadas usando a CID-10”.*

Consideramos que um diagnóstico somente baseado na avaliação clínica centrado no processo de doença torna-se inadequado para avaliar a condição de saúde da pessoa dependente já que, cada vez mais, os níveis de funcionalidade e de

dependência são relevantes para além da morbilidade. Os aspetos funcionais não envolvem só a saúde física e mental, mas também, as condições socioeconómicas e a capacidade no autocuidado (Ricci, Kubota e Cordeiro, 2005).

De acordo com Silva existem muitas pessoas dependentes do autocuidado no domicílio,

“ (...) cujas necessidades de cuidados não estão relacionadas com o diagnóstico da doença (...) nem com o tratamento médico já prescrito. Há pessoas a ter alta hospitalar após um episódio agudo de doença, sem qualquer competência para viver a transição que vão experimentar. O mesmo se passa com os membros da família (...) há consequências desta falta de preparação (...) para além do incómodo e custos dos internamentos sucessivos, há consequências sobre a qualidade de vida dos doentes e prestadores de cuidado” (2007, p. 15).

Urge assegurar respostas adequadas às populações e famílias, de forma a garantir qualidade de vida e bem-estar da pessoa dependente em contexto domiciliário, *“ no sentido de dar a oportunidade da não institucionalização”* (Araújo, 2010, p. 40).

Nesta perspetiva avaliamos a condição de saúde através da observação da pessoa, por um conjunto de indicadores designados por *sinais aparentes de (...)*, referentes a um foco de atenção, que para os enfermeiros indicam, em que medida, determinadas complicações de saúde podem ser evitadas, orientadas e/ou controladas.

Face a cada um desses focos estabeleceram-se indicadores enquanto, *sinais ou sintomas*, que permitiram identificar os diagnósticos de enfermagem nesse domínio. Estes indicadores emergiram dos tratados de Enfermagem Médico - Cirúrgicos e de livros técnicos de enfermagem, referentes a *sinais e sintomas*, que os enfermeiros observam e vigiam face a riscos e complicações existentes.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) surge no âmbito do desenvolvimento de uma classificação para a prática de enfermagem e visa estabelecer uma linguagem comum entre os enfermeiros, contribuindo para a obtenção de dados sobre a prestação dos cuidados de saúde. Assim, para a definição da condição de saúde, foram considerados os focos de enfermagem já utilizados em outros estudos de investigação nos concelhos de Lisboa, Porto, Paços de Ferreira e Matosinhos.

Para enunciar os conceitos da condição de saúde, utilizamos a CIPE, versão 2.0 (2011) e definimos os seguintes focos da prática:

- **Desidratação**

“Processo do sistema de regulação comprometido: Redução do volume de líquidos ou perda de líquido corporal.” (CIPE 2.0, 2011, p. 48).

Sinais e sintomas: olhos encovados; pele seca; mucosas secas.

- **Malnutrição**

“Processo do sistema regulador comprometido: Condição de nutrição deficiente devido a suprimento desequilibrado ou de déficit de qualidade de nutrientes, associados a uma dieta pobre; absorção comprometida associada a doenças que afetam a utilização e alimentos e nutrientes.” (CIPE 2.0, 2011, p. 61).

Sinais e sintomas: Magreza excessiva; Obesidade mórbida.

- **Rigidez Articular**

“Processo do Sistema Musculosquelético comprometido: Angulação da articulação, fibrose do tecido conjuntivo da cápsula articular impedindo a mobilidade normal da mão, dos dedos da mão, do cotovelo, do ombro, do pé, do joelho ou dos dedos do pé; movimentos limitados ou incapacidade de movimentos e alinhamento anormal da articulação, associada a atrofia ou encurtamento das fibras musculares devido a ausência de movimentos articulares passivos ou ativos, ou a perda da elasticidade normal da pele, devido à formação de extenso tecido cicatricial sobre a articulação.” (CIPE 2.0, 2011, p.73).

Sinais e sintomas: Rigidez das articulações: cotovelo, punho, anca e joelho, à direita e à esquerda.

- **Pé Equino**

“Processo do Sistema Musculosquelético comprometido: Flexão plantar do pé, arqueamento da articulação do tornozelo na direção do solo, pé descaído, arqueando-o e impedindo-o de tocar no chão na tentativa da marcha; marcha sobre os dedos do pé; o pé não pode ser mantido na posição normal nem em dorsiflexão, associada a repouso prolongado na cama sem o alinhamento adequado e à pressão da roupa de cama sobre o pé.” (CIPE 2.0, 2011, p.66).

Sinais e sintomas: Rigidez da articulação do tornozelo direito e esquerdo.

- **Úlcera de Pressão**

“Úlcera: Dano, inflamação ou ferida na pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada.” (CIPE 2.0, 2011, p.79).

Sinais e sintomas: Presença, número e localização das úlceras de pressão.

- **Ferida**

“Parte do corpo estruturalmente comprometida: Lesão tecidual habitualmente associada a danos físicos ou mecânicos; formação de crosta e funelização dos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele circundante macerada e anormal; aumento da temperatura da pele; odor; sensibilidade dolorosa aumentada.” (CIPE 2.0, 2011, p.55).

Sinais e sintomas: Ferida tratada ou não cuidada.

- **Eritema pelas Fraldas**

“Eritema: Erupção localizado na área de pele em contacto com as fraldas.” (CIPE 2.0, 2011, p.52).

Sinais e sintomas: Presença de eritema e o número de dejeções em vezes por semana.

- **Compromisso da limpeza das Vias Aéreas**

“Processo do sistema respiratório: Manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório.” (CIPE 2.0, 2011, p.61).

Sinais e sintomas: Acumulação de secreções traqueobronquicas; Ruídos respiratórios anormais; Aumento da frequência respiratória.

- **Deglutir**

“Comer e beber: Passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estomago através da orofaringe e esófago.” (CIPE 2.0, 2011, p.47).

Sinais e sintomas: Deglutição comprometida.

- **Capacidade de arranjar-se**

“Capacidade: Manter a pele, a boca, o cabelo e as unhas limpos” (CIPE 2.0, 2011, p.42).

Sinais e sintomas: Deficitária condição de higiene e asseio: odores corporais, unhas sujas, má higiene oral; Secreções: oculares, auditivas, nasais; Sujidade corporal visível.

- **Capacidade para vestir-se**

“Capacidade: de vestir ou despir roupas adequadas.” (CIPE 2.0, 2011, p. 43).

Sinais e sintomas: Deficitária condição de vestuário: roupa suja, roupa desabotoada, roupa inadequada à temperatura ambiente, roupa inadequada à condição antropométrica, roupa adequada à condição de dependência.

- **Cair**

“Realizar: Descida de um corpo de um nível superior para um inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer vertical.” (CIPE 2.0, 2011, p.42).

Sinais e sintomas: Número de quedas (no último mês).

- **Memória (estado mental)**

“Processo Psicológico: Atos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias, registo mental, retenção e recordação de experiências, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos passados.” (CIPE 2.0, 2011, p. 61).

Sinais e sintomas: Não sabe em que mês está; Não sabe em que terra vive; Não repete três palavras; Não identifica objetos comuns.

- **Eliminação**

“Processo corporal: Movimento e excreção de resíduos corporais.” (CIPE 2.0, 2011, p. 52).

- **Urina (Urinar)**

“Substância corporal.” (CIPE 2.0, 2011, p. 79).

Sinais e sintomas: Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho; Tem problemas ocasionais; Contiente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite.

- **Fezes (Evacuar)**

“Substância corporal.” (CIPE 2.0, 2011, p. 55).

Sinais e sintomas: Dependente, incontinente ou precisa que lhe façam enema regular; Necessita de ajuda para colocar o supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais; Consegue controlar os intestinos.

Para melhor entendermos a problemática da condição de saúde, estabelecemos uma relação entre o domínio do autocuidado, os problemas potenciais associados, o impacto na condição de saúde e os indicadores (Tabela 1).

TABELA 1: Relação entre: Domínio do autocuidado, problemas associados, impacte na condição de saúde e indicadores

AUTOCUIDADO	RISCO	IMPACTE NA CONDIÇÃO DE SAÚDE	INDICADORES
ALIMENTAR-SE	Risco de desidratação	Desidratação	<i>Olhos encovados</i> <i>Pele seca</i> <i>Mucosas secas</i>
	Risco de desnutrição	Desnutrição	<i>Magreza excessiva</i> <i>Obesidade mórbida</i>
	Risco de deglutição comprometida	Deglutição	<i>Deglutição comprometida</i>
ANDAR TRANSFERIR-SE VIRAR-SE ELEVAR-SE	Risco de comprometimento da amplitude articular	Rigidez articular	<i>Articulação cotovelo direito</i>
			<i>Articulação cotovelo esquerdo</i>
			<i>Articulação punho direito</i>
			<i>Articulação punho esquerdo</i>
			<i>Articulação anca direita</i>
			<i>Articulação anca esquerda</i>
			<i>Articulação joelho direito</i>
			<i>Articulação joelho esquerdo</i>
			<i>Articulação tornozelo direito</i>
			<i>Articulação tornozelo esquerdo</i>
	Risco de pele comprometida	Úlceras de pressão	<i>Número de úlceras</i> <i>Localização das úlceras</i>
		Feridas	<i>Não tratadas / Não cuidadas</i>
		Pele	<i>Eritema pelas fraldas</i> <i>Números de dejeções</i>
	Risco de queda	Cair	<i>Número de quedas</i>

(continuação)

AUTOUIDADO	RISCO	IMPACTE NA CONDIÇÃO DE SAÚDE	INDICADORES
TOMAR BANHO VESTIR-SE DESPIR-SE ARRANJAR-SE	Risco higiene e asseio deficitário	Higiene e asseio deficitário	<i>Odores corporais</i> <i>Unhas sujas</i> <i>Higiene oral deficitária</i> <i>Secreções oculares, auditivas e/ou nasais</i> <i>Sujidade corporal</i>
	Risco condição de vestuário deficitário	Vestuário deficitário	<i>Roupa suja</i> <i>Roupa inadequada à temperatura ambiente</i> <i>Roupa inadequada à condição antropométrica</i> <i>Roupa inadequada à condição de dependência</i>
LIMPEZA DAS VIAS AEREAS	Risco de comprometimento da limpeza das vias aéreas	Limpeza das vias aéreas comprometida	Acumulação de secreções traqueobrônquicas Ruídos respiratórios anormais Aumento da frequência respiratória
ELIMINAR	Risco de incontinência vesical	Incontinência vesical	Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho Tem problemas ocasionais Contínente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite
	Risco de incontinência intestinal	Incontinência intestinal	Dependente, incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente Tem problemas ocasionais Consegue controlar os intestinos

2- ENQUADRAMENTO METODOLOGICO

Neste capítulo, descreveremos a metodologia que, segundo Fortin é “ o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. É também, secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação” (2009, p.372).

Desta forma, começaremos por abordar a justificação do estudo, a finalidade, os objetivos, o tipo de estudo, o contexto, a população e a amostra, as variáveis em estudo, o instrumento da recolha de dados e as considerações éticas da investigação.

2.1- Justificação do Estudo

Em consonância com o abordado no enquadramento teórico, em Portugal o aumento da esperança de vida e o subsequente aumento da população envelhecida conduz a novas necessidades em saúde. De acordo com o Ministério da Saúde “ (...) os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados, apesar dos enormes progressos da medicina nas últimas décadas, por aumento das situações de doença e de incapacidade, frequentemente relacionadas com situações susceptíveis de prevenção” (2004, p. 7); se a estas situações, associarmos o aumento das doenças crónicas e os regimes terapêuticos complexos, confrontamo-nos com um aumento de pessoas em condições de vulnerabilidade, fragilidade e de dependência.

Simultaneamente, “assistimos a uma política de cuidados de saúde fundamentalmente orientada para a doença e seu tratamento (...) as pessoas deixam o hospital com uma condição de saúde face ao grau de dependência mais agravada que a

anterior ao episódio de tratamento” (Petronilho, 2007, p. 43 e 44). Realidade complexa para as famílias e uma preocupação crescente em cuidados de saúde no domicílio, emergindo a necessidade de promover a continuidade desses cuidados.

Para dar resposta a estes problemas foi aprovada a criação da Rede de Cuidados Continuados de Saúde (Decreto-Lei nº 281, 2003, p. 7493),

“ (...) Todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinadas a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença crónica, degenerativa, ou qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal de vida”.

Por sua vez, a 27 de Abril pela Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005, é criada uma comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, originando as seguintes orientações para a estruturação dos cuidados:

- Respeito pela dignidade da pessoa idosa e da pessoa em situação de dependência, nomeadamente à privacidade, à identidade. À informação e à não discriminação;
- Incentivo ao exercício da cidadania traduzindo pela participação na vida de relação e na vida coletiva;
- Participação na elaboração do plano de cuidados e no encaminhamento para as redes;
- Respeito pela integridade física e moral assegurando o seu consentimento informado ou do representante legal nas intervenções ou prestação de cuidados;
- Envolvimento da família/cuidador na prescrição dos cuidados;
- Promoção, recuperação ou manutenção contínua da autonomia;
- Proximidade dos cuidados de modo a manter e/ou promover a inserção social da pessoa idosa ou em situação de dependência.

Posteriormente, no âmbito dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com a publicação do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. A RNCCI tem

como objetivo geral “ *desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência*” (p.3856), independentemente da idade da pessoa. O seu modelo concetual está ligado à prestação de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social, centrados na promoção da autonomia, da independência, na qualidade de vida e na recuperação da pessoa em situação de dependência.

Atualmente, tendo em conta que os cuidados de saúde primários são a base do sistema de saúde, e para dar respostas mais ajustadas às pessoas dependentes e famílias, foi publicado o Decreto - Lei nº 28/2008, de 22 Fevereiro, em que é preconizada a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que têm como objetivo garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Os ACES integram as Unidades de Saúde Familiares (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

É no âmbito desta reconfiguração e implementação que surgem as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) com o intuito de capacitar os recursos locais, com equipas multidisciplinares para a prestação de serviços comunitários de proximidade, criando respostas adequadas à diversidade que caracteriza a sua população. Estão particularmente vocacionadas para as atividades e intervenções de âmbito domiciliário e comunitário e têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde.

Contudo, apesar de existirem políticas direcionadas ao idoso e à pessoa com dependência, o conhecimento da condição de saúde das pessoas dependentes, das famílias em risco e das necessidades em cuidados de saúde, não se encontram estudados, não existindo um aproveitamento destes recursos, pelas pessoas que deles necessitam.

Assim, não havendo conhecimento sobre a proporção de famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, do número de dependentes no autocuidado e da sua condição de saúde, no concelho da Maia é de toda a pertinência a realização deste estudo uma vez que os resultados obtidos desta investigação, a serem aproveitados, poderão contribuir para a elaboração de planos de intervenção mais efetivos, no sentido de ajudar as pessoas dependentes no autocuidado integradas em famílias clássicas. Especialmente, como é este o caso, quando os estudos estão interligados

permitindo evoluir de estudos descritivos sobre um fenómeno, neste caso a condição de saúde, para estudos exploratórios e correlacionais que promovem um melhor entendimento do fenómeno global.

Neste sentido, partimos para este estudo com a certeza que, se conhecermos a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado, podemos melhorar o potencial terapêutico dos cuidados de enfermagem em contexto domiciliário.

2.2- Finalidade do Estudo

A finalidade deste estudo é conhecer a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado integradas em famílias clássicas no concelho da Maia, no sentido de aumentar o potencial terapêutico dos cuidados de enfermagem em contexto domiciliário, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

2.3- Objetivos do Estudo

A definição dos objetivos facilita ao investigador saber os motivos que o levam a realizar um estudo (Fortin 2009), pelo que delineamos os seguintes objetivos para este estudo:

- Identificar a proporção de famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado no concelho da Maia;
- Caracterizar as famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado no concelho da Maia;
- Caracterizar as pessoas dependentes no autocuidado integradas em famílias clássicas no concelho da Maia;
- Caracterizar a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado integradas em famílias clássicas no concelho da Maia, nomeadamente quanto a:

- Sinais aparentes de desidratação;
- Sinais aparentes de desnutrição;
- Sinais aparentes de comprometimento da amplitude articular;
- Sinais aparentes de compromisso de pele comprometida;
- Sinais aparentes de comprometimento da limpeza das vias aéreas;
- Sinais aparentes de deglutição comprometida;
- Sinais aparentes de deficitária condição de higiene e asseio;
- Sinais aparentes de deficitária condição vestuário;
- Sinais aparentes de alteração do estado mental.

2.4- Método e Tipo de Estudo

De acordo com a nossa investigação, realizou-se um estudo do tipo descritivo de carácter transversal, enquadrado num paradigma de investigação quantitativo.

Segundo Fortin *“o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”* (2009, p.163), procedemos a um processo de recolha de dados num único momento, o que conferiu a este estudo, um carácter transversal (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Neste estudo de natureza descritiva e carater transversal pretendemos recolher dados sobre a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado integrada em famílias clássicas no concelho da Maia.

2.5- Contexto do Estudo

O concelho da Maia tem uma situação geográfica privilegiada, limitado a norte pela Trofa e Santo Tirso, a leste por Valongo, a sueste por Gondomar, a sul pela cidade do Porto, a sudoeste por Matosinhos e a noroeste por Vila do Conde (Figura 4).

A Maia é uma cidade portuguesa situada na região norte, no distrito do Porto com cerca de 40000 habitantes. É sede de um município com 83,1 Km², subdividido em dezassete freguesias: Águas Santas, Barca, Folgosa, Gemunde, Gondim, Gueifães, Maia, Milheirós, Moreira, Nogueira, Pedrouços, Avioso (Santa Maria), Avioso (S. Pedro), São Pedro de Fins, Silva Escura, Vermoim e Vila Nova da Telha (INE, 2011).

FIGURA 4: Localização do concelho da Maia



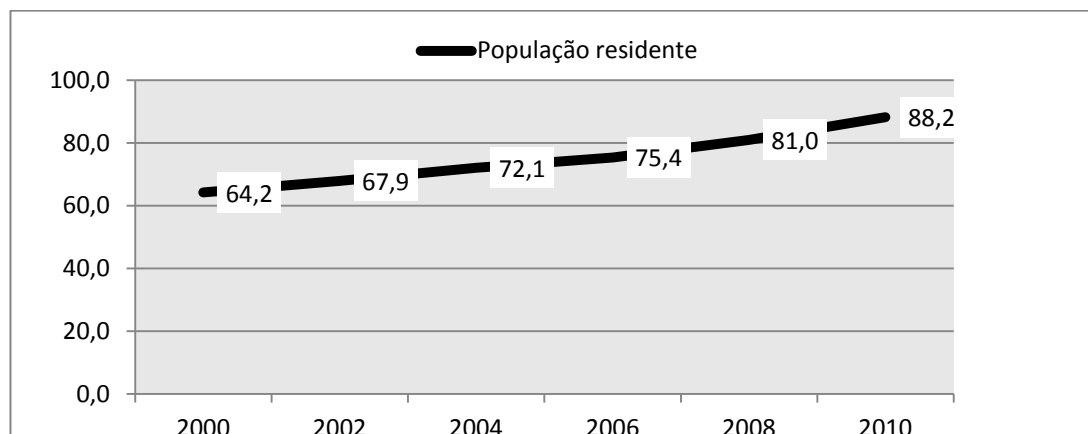
Fonte: Adaptado de imagens Google, 2011

A cidade da Maia tem um passado rico em cultura e tradições, reflexo da sua atividade agrícola, que ainda hoje é protegida e fomentada, característica genuína, cada vez mais escassa, nas áreas metropolitanas. A Maia tem uma base económica diversificada, em particular ao nível industrial, o que tem possibilitado manter algum equilíbrio entre a oferta de trabalho e a população ativa residente (Pinho et al, 2001).

É um concelho densamente urbanizado, em que as freguesias mais povoadas são Águas Santas, Vermoim e Pedrouços. Sendo o envelhecimento um fenómeno comum em todas as regiões do nosso País, este concelho, também o verifica. Podemos constatar na

Figura 5, que no período 2000 a 2010 o índice de envelhecimento neste concelho passou de um número de 64,2 para 88,2.

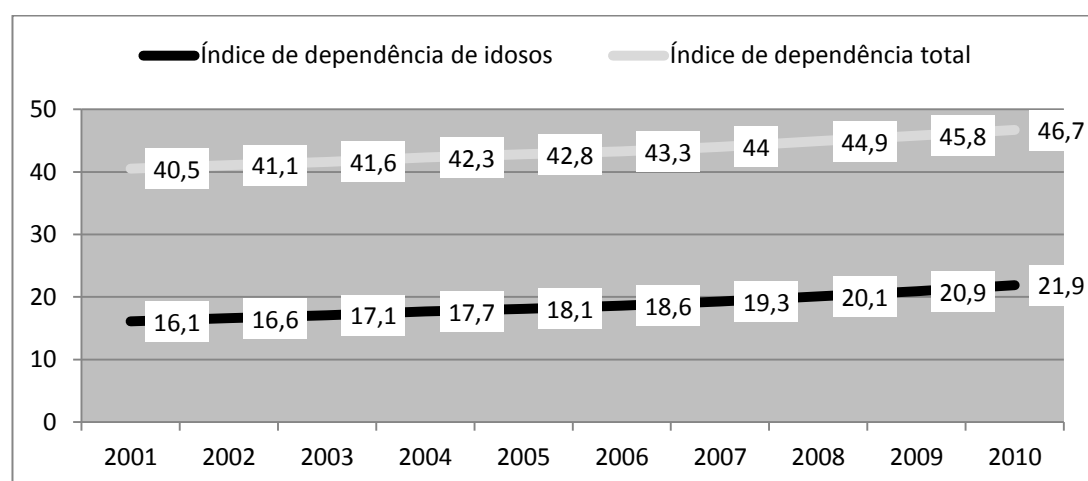
FIGURA 5: Evolução do índice de envelhecimento por local de residência, no concelho da Maia



Fonte: Adaptado do INE, estimativas anuais, 2011

A evolução do índice de dependência de idosos e de dependência total no período 2000 a 2010 no concelho da Maia indicia também, um aumento progressivo, como podemos observar na Figura 6.

FIGURA 6: Evolução do índice de dependência de idosos e de dependência total por local de residência, no concelho da Maia



Fonte: Adaptado do INE, estimativas anuais, 2011

2.6- População e Amostra

A totalidade das famílias clássicas residentes no concelho da Maia constitui-se, neste estudo, como a população alvo, “*uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios [...] uma população que é submetida a um estudo é chamada população alvo.*” (Fortin, 2009, p.202).

A população alvo do nosso estudo é constituída pelas famílias clássicas que integram dependentes residentes no concelho da Maia durante o período da recolha de dados. Uma vez que, na determinação da população alvo, são consideradas as famílias clássicas, torna-se importante definir este conceito. Assim, entende-se por família clássica, a pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade de um alojamento, ou, o conjunto de pessoas que habitam no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco, de direito ou de facto entre si, podendo ocupar a totalidade do alojamento (INE, 2010). Por núcleos familiares compreende-se o conjunto de pessoas entre as quais existe um dos seguintes tipos de relação: casal com ou sem filho (s) não casado (s), pai ou mãe não casado (s), avós com neto (s) não casado (s) e avô (ó) com neto (s) não casado (s), (INE, 2003).

Como podemos verificar na tabela seguinte e, de acordo com os Censos 2001, existem 40569 famílias a residir no concelho da Maia distribuídas pelas dezassete freguesias (INE, 2002).

TABELA 2: Distribuição dos agregados familiares do concelho da Maia, por freguesias

FREGUESIAS	N
Águas Santas	8783
Avioso (Santa Maria)	1176
Avioso (São Pedro)	867
Barca	876
Folgosa	1122
Gemunde	1531
Gondim	614
Gueifães	3819
Maia	3352
Milheiros	1376
Moreira	3579
Nogueira	1459
Pedrouços	4268
São Pedro Fins	569
Silva Escura	677
Vermoim	4771
Vila Nova da Telha	1730
Total	40569

Em virtude de não ser viável o estudo da totalidade da população, impõe-se a determinação de uma amostra representativa da população, sendo a amostra um subconjunto de uma população, uma cópia em miniatura, em que as características têm que estar presentes na amostra selecionada, para que esta seja representativa da população (Fortin, 2009).

Para determinar a dimensão da amostra foi aplicado a fórmula de Lwanga e Lemeshow (1991, p.25), publicada pela OMS. A fórmula $n = \frac{Z^2 p (1-p)}{d}$ leva ao cálculo de n (número de famílias da amostra) em que Z (valor da distribuição normal standard para o nível de confiança) é de 95%, o p (proporção esperada de prevalentes) deverá ser assumido de 50%; d (erro de precisão) de 2%.

Assim, na Tabela 3 descrevemos o número de famílias a incluir na amostra, por freguesia, no concelho da Maia. O cálculo do tamanho da amostra tem em conta o conhecimento prévio de estudos realizados nos concelhos do Porto e Lisboa para identificação das famílias que integram dependentes no autocuidado, em que, a

percentagem dos agregados familiares que integram dependentes no autocuidado representa cerca de 8% dos inquiridos.

A amostra estabelecida foi uma amostra aleatória estratificada, porque os elementos que a integram foram selecionados aleatoriamente dos subconjuntos homogéneos em que a população foi dividida, fortalecendo assim, a representatividade da amostra. A amostra do estudo foi probabilística do tipo aleatório e estratificada por freguesias, a qual “...consiste em dividir a população alvo em subgrupos homogéneos [...] e a seguir tirar de forma aleatória uma amostra de cada estrato”, (Fortin, 2009, p.206).

Para selecionar aleatoriamente os agregados familiares que integram a amostra, recorremos à Base Geográfica de Referenciação de Informação (BGRI, 2001), porque disponibiliza a informação geográfica das famílias/habitações (em cada freguesia) e, ao mesmo tempo, proporciona planear as operações no terreno e orientar eficazmente a cobertura do trabalho (INE, 2009) e ao Sistema de informação geográfico ArcGis® para a determinação geográfica aleatória de subsecções territoriais.

Neste contexto, para obter de forma aleatória, o número de famílias por freguesias, utilizando o software de referenciação geográfica referido, foram contatadas um número de famílias por subsecção territorial (tabela 3), através da recolha de dados “porta a porta” até adquirir o número de famílias determinado para cada freguesia.

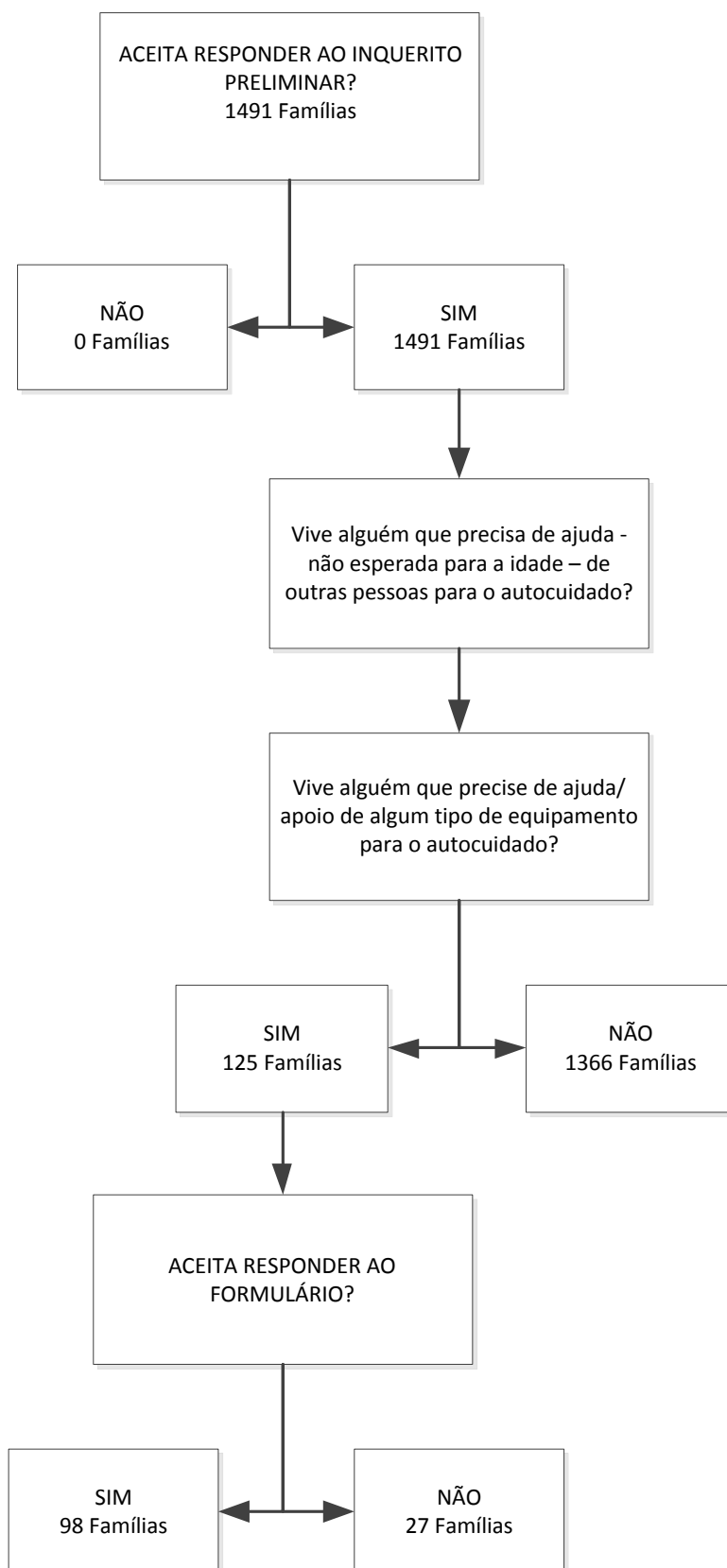
TABELA 3: Distribuição dos agregados familiares da amostra no concelho da Maia, por freguesia

FREGUESIAS	N
Águas Santas	290
Avioso (Santa Maria)	39
Avioso (são Pedro)	30
Barca	29
Folgosa	37
Gemunde	51
Gondim	21
Gueifães	127
Maia	111
Milheirós	45
Moreira	119
Nogueira	48
Pedrouços	141
São Pedro Fins	19
Silva Escura	22
Vermoim	157
Vila Nova da Telha	57
Total	1343

A recolha de dados foi realizada “porta a porta” nos domicílios das famílias clássicas entre os meses de Fevereiro e Abril de 2011, tendo-se aplicado o formulário a 1491 famílias clássicas, nas dezassete freguesias do concelho da Maia.

Do total de famílias inquiridas, 125 famílias integravam pessoas dependentes. Em virtude de 27 famílias não terem aceitado responder à parte II do formulário, a amostra ficou constituída por 98 famílias que aceitaram fornecer informação sobre a condição de saúde do dependente no autocuidado (Figura 7).

FIGURA 7: Famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado no concelho da Maia



2.7- Variáveis em Estudo

De acordo, com o nosso estudo e com o instrumento utilizado na colheita de dados definimos como variáveis: caraterísticas do alojamento, caraterísticas da família, caraterísticas do dependente e a condição de saúde da pessoa dependente, considerando que variáveis “ (...) *são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação*” (Fortin, 2009, p.37).

Para que as variáveis em estudo possam ser analisadas é essencial que sejam mensuráveis, o que requer a sua operacionalização, pelo que é atribuído a cada variável um conjunto de caraterísticas. Assim, quanto à variável alojamento foram realizadas questões sobre:

- Tipo de alojamento (clássico: moradia; clássico: apartamento; clássico: outro tipo; não clássico);
- Necessidade de reparações no edifício (muito grandes; grandes; médias; pequenas; nenhuma);
- Acessibilidade a pessoas com mobilidade comprometida (Sim /Não),
- Área útil (em m²);
- Número de divisões;
- Número de ocupantes;
- Presença de retrete (sim/Não);
- Água canalizada (sim/Não);
- Instalação de banho/duche (sim/não).
- Aquecimento (sim/não).

Relativamente à variável família questionou-se:

- Tipo de família (clássica sem núcleos; clássica com um núcleo; clássica com dois núcleos; clássica com três núcleos);
- Rendimento do agregado familiar (até 250 euros; de 251 a 500 euros; de 501 a 1000 euros; de 1001 a 2000 euros; de 2001 a 5000 euros; mais de 5000 euros);
- Número de membros da família.

No que concerne à caracterização da pessoa dependente questionou-se os seguintes dados:

- Sexo (masculino/feminino);
- Idade (anos);
- Estado civil (casado/união de facto; solteiro; viúvo; divorciado);
- Nacionalidade (portuguesa/ não portuguesa -especificar);
- Nível de escolaridade (nenhuma; ensino básico - 1º ciclo; ensino básico - 2º ciclo; ensino básico - 3º ciclo; ensino secundário; ensino superior);
- Profissão (membros das forças armadas; quadros superiores da administração pública e quadros superiores de empresa; especialistas das profissões intelectuais e científicas; técnicos e profissionais de nível intermédio; pessoal administrativo e similares; pessoal dos serviços e vendedores; agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas; operários, artífices e trabalhadores similares; operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; trabalhadores não qualificados; domésticos; desempregado; pensionistas/reformado; estudante; outra)
- Instalação da dependência (súbita/gradual);
- Tempo de dependência (anos/meses);
- Consumo de medicamentos (sim/não);
- Variedade de fármacos (em número)
- Número de fármacos nas tomas/ dia;
- Internamentos, no último ano (nenhum; um; dois; três; mais de três - especificar);
- Episódios de recursos ao Serviço de urgência, no último ano (nenhum; um; dois; três; mais de três - especificar).

Relativamente à variável condição de saúde recolheram-se dados (sim/não) sobre:

- Sinais aparentes de desidratação (olhos encovados; pele seca; mucosas secas);
- Sinais aparentes de desnutrição (magreza excessiva; obesidade mórbida);
- Comprometimento da amplitude articular (articulação cotovelo direito; articulação cotovelo esquerdo; articulação punho direito; articulação punho esquerdo; articulação anca direita; articulação anca esquerda; articulação joelho direito; articulação joelho esquerdo; articulação

tornozelo direito - pé equino; articulação tornozelo esquerdo - pé equino);

- Pele comprometida (número de úlceras de pressão; localização das úlceras; feridas não tratadas/não cuidadas; eritema pela fralda; número de dejeções/semana);
- Comprometimento da limpeza das vias aéreas (acumulação de secreções traqueobrônquicas; ruídos respiratórios anormais; aumento frequência respiratória; deglutição comprometida);
- Deficitária condição de higiene e asseio (odores corporais; unhas sujas; má higiene oral; secreções oculares; secreções auditivas; secreções nasais; sujidade corporal visível);
- Deficitária condição vestuário (roupa suja; roupa desabotoada; roupa inadequada à temperatura ambiente; roupa inadequada à condição antropométrica; roupa inadequada à condição de dependência);
- Quedas, no último mês (número);
- Estado mental (sabe em que mês está; sabe em que terra vive; repete três palavras; faz cálculos simples; identifica objetos comuns);
- Evacuar (dependente, incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente; necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais; consegue controlar os intestinos);
- Urinar (incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho; tem problemas ocasionais; continente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite);

2.8- Instrumento e Recolha de Dados

Para Fortin *“O investigador [...] deve conhecer os diversos instrumentos de medida disponíveis [...] deve assegurar-se que os instrumentos já existentes, possuem uma fidelidade e uma validade aceitáveis”* (2009, p.240). Desta forma, o instrumento de recolha de dados aplicado foi o formulário denominado *Famílias que integram dependentes no autocuidado*, já utilizado e testado em estudos semelhantes no país

(Lisboa, Porto, Paços de Ferreira e Matosinhos), tendo sido, por esta razão dispensada a realização do pré-teste.

O formulário foi construído pela unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sendo autorizada a sua utilização pelos respetivos autores, e é constituído por duas partes:

- Parte I - Inquérito Preliminar que possibilita a caracterização das famílias que integram dependentes (tipo de família, tipo de alojamento e condições socioeconómicas) e a caracterização sociodemográfica da pessoa dependente no autocuidado.
- Parte II - Formulário PCD (prestador de cuidados e dependente) que possibilita a obtenção de dados sobre a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado.

O processo consistiu em, recorrendo-se à aplicação do formulário, obter de forma sistemática informação junto dos participantes, respeitando sempre a seguinte conduta:

- 1) Pedido de participação voluntária na investigação;
- 2) Informação dos objetivos da investigação;
- 3) Realização do inquérito preliminar;
- 4) Explicação dos objetivos, esclarecimento de eventuais dúvidas, garantindo a confidencialidade das respostas;
- 5) Aplicação da parte II: formulário PCD (Prestador de Cuidados e Dependente).

Os critérios de inclusão definidos para o estudo foram: a pessoa dependente e o membro da família prestador de cuidados estarem integrados em família clássica e residirem no concelho da Maia; aceitarem participar no estudo.

A estratégia adotada para a recolha de dados foi a deslocação “ porta a porta”, dos cinco investigadores que integram o projeto de investigação *Famílias que integram dependentes no autocuidado no concelho de Maia*, que se apresentaram às respetivas famílias devidamente identificados com o cartão da Ordem dos Enfermeiros, até obterem uma amostra significativa.

Na aplicação do formulário foi o investigador a efetuar a recolha de dados preenchendo o formulário. Este método facilitou o esclarecimento de dúvidas e uma maior adesão nas respostas. Nas questões relacionadas com a condição de saúde do dependente, o investigador teve necessidade de utilizar a observação e o seu juízo clínico para o seu preenchimento. O preenchimento de cada formulário teve uma duração de cerca de 50 minutos. Os formulários foram preenchidos, na totalidade, por cada investigador, embora posteriormente cada investigador procedesse à análise e interpretação apenas dos dados relacionados com a finalidade do seu estudo. Assim, este estudo centra-se na apresentação e análise dos dados referentes à condição de saúde do dependente no autocuidado integrado no seio de famílias clássicas do concelho da Maia.

O processo de lançamento de dados foi totalmente automático, uma vez que os formulários usados na investigação foram desenhados utilizando software TELEform, disponível nos serviços da ESEP. Os dados foram guardados numa base de dados ACCESS®, tendo sido analisados com a finalidade de despistar incongruências. Os poucos erros encontrados exigiram por parte dos investigadores voltar a consultar os formulários (registo em papel) tendo sido detetado que o erro se relacionava com a dificuldade de leitura da caligrafia dos investigadores, por parte do software TELEform.

No tratamento estatístico utilizou o programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0.

2.9- Aspetos Éticos da Investigação

A investigação “...aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. [...] Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal”, (Fortin, 2009, p.116), pelo que, sendo o nosso estudo com pessoas, foram tomadas todas as precauções para garantir o respeito pelos direitos dos participantes neste estudo.

A todos os participantes foi solicitado apenas o consentimento oral, uma vez que, os dados colhidos foram tratados não como dados pessoais, mas sim, como dados de uma população em geral.

Segundo Fortin (2009) antes do consentimento para o preenchimento do formulário é necessário oferecer ao eventual participante, em linguagem acessível, compreensível e suficiente da informação sobre o projeto de investigação, para que este decida participar livremente e com pleno conhecimento de causa. Tendo em conta, que a nossa colheita de dados se fez nas residências das famílias, estas tiveram o direito de decidir se participavam ou não no nosso estudo (*direito de autodeterminação*), definir o local onde se procederia o preenchimento do respetivo formulário e o da informação que queriam facultar (*direito à intimidade*), não havendo qualquer influência por parte dos investigadores na sua decisão. Foi sempre dado conhecimento sobre a investigação a realizar, os objetivos, a finalidade e os métodos utilizados no estudo, para o qual estavam a ser solicitadas a participar (*direito a um tratamento justo e leal*). Os participantes foram informados sobre o direito ao acesso dos resultados do estudo, assim como, foi assegurado que os dados obtidos eram somente aplicados no presente estudo (*direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo*).

Os dados recolhidos foram codificados apenas com informação relativa à cidade e à freguesia, de modo a que os participantes nunca fossem identificados (*direito ao anonimato e à confidencialidade*).

Neste sentido, as questões éticas foram asseguradas com o consentimento informado e sigiloso sobre a informação divulgada.

3-APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, passamos a descrever os resultados obtidos e a sua respetiva análise, em que “ *O investigador analisa o conjunto dos dados e interpreta-os segundo o tipo de estudo (...), tendo em conta o facto de que visa o fenómeno ou a exploração*” (Fortin, 2009, p.331).

A apresentação dos resultados é efetuada através de figuras e tabelas e a sua descrição antecede sempre os mesmos, pois que “ *Os principais tipos de ilustrações que servem para reproduzir os resultados da análise dos dados são os quadros, as figuras e os diagramas*” (Fortin, 2009, p.342).

Deste modo, apresentamos a caracterização da família, do alojamento e do dependente no autocuidado e os resultados relativos à condição de saúde do dependente no autocuidado no concelho da Maia.

Salvaguarda-se que em algumas variáveis, o *n* poderá ser inferior a 98, devido a *missings* no questionário.

3.1- Proporção de Famílias Clássicas que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado

A Tabela 4 identifica a proporção de famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado nas diferentes freguesias do concelho da Maia. Como podemos verificar as freguesias que possuem maior percentagem de famílias com dependentes são: Silva Escura (33,33%), S. Pedro de Fins (20,0%) e Vila Nova da Telha (16,07%).

Estas freguesias têm uma predominância de actividade agrícola, e uma menor taxa de urbanização, facto que no nosso entender, pode justificar a maior percentagem de famílias com dependentes, pois que, segundo Imaginário “ *esta orientação pode dever-se às vivências e às relações de convivialidade em meio rural, sendo consideradas como promotoras de uma cultura familiar que privilegia os idosos e as suas necessidades de cuidados*” (2004, p.30).

TABELA 4: Proporção de famílias clássicas que integram dependentes por freguesias

FREGUESIAS	AGREGADOS FAMILIARES DA AMOSTRA	NÚMERO DE DEPENDENTES	PERCENTAGEM DE FAMÍLIAS COM DEPENDENTES
Águas Santas	265	14	5,28
Santa Maria	83	7	8,43
Avioso			
São Pedro Avioso	48	1	2,08
Barca	24	2	8,33
Folgosa	32	4	12,50
Gemunde	48	3	6,25
Gondim	36	5	13,89
Gueifães	162	7	4,32
Maia	95	4	4,21
Milheirós	38	4	10,53
Moreira	118	17	14,41
Nogueira	70	2	2,86
Pedrouços	122	4	3,28
S. Pedro de Fins	30	6	20,00
Silva Escura	48	16	33,33
Vermoim	160	11	6,88
Vila Nova da Telha	112	18	16,07
Total	1491	125	8,38

3.1.1- Caracterização das Famílias

Como podemos observar na Tabela 5, a tipologia da família clássica mais representativa é a de dois núcleos (45,4%), seguida das famílias com um núcleo (41,2%).

Em relação ao número de membros da família, o mínimo é de 1 e o máximo de 9 pessoas, sendo a média de 3,64 pessoas, com um desvio padrão de 1,59. Estes resultados estão em concordância com a informação exposta pelo INE (Censos 2001), que diz, que a taxa de variação do número de famílias clássicas foi superior à taxa de variação do número de pessoas residentes em famílias clássicas, o que incidiu na redução da dimensão média da família de 3,1 para 2,8 pessoas por família, fixando-se em três pessoas a média por núcleo.

No que se reporta ao rendimento do agregado familiar em euros por mês, os resultados revelaram que 38,8% das famílias apresentam um rendimento compreendido entre 501 a 1000 euros; 31,6% um rendimento familiar compreendido entre 1001 a 2000 euros; 20,4% um rendimento mensal entre os 251 a 500 euros e por último 9,2% das famílias tem um rendimento entre 2001 a 5000 euros. A avaliação dos recursos financeiros torna-se relevante, na medida que, um agregado familiar com melhor condição financeira poderá valer-se de mais recursos materiais, humanos e de serviços, sendo possível assim, promover melhores cuidados às pessoas dependentes no autocuidado.

TABELA 5: Características da família da pessoa dependente

VARIÁVEIS EM ESTUDO	N	%
Tipo de família		
- Clássica sem núcleos	6	6,2
- Clássica com um núcleo	40	41,2
- Clássica com dois núcleos	44	45,4
- Clássica com três núcleos	7	7,2
Total	97	100
Rendimentos do agregado/mês		
- Até 250 euros	-	-
- De 251 a 500 euros	20	20,4
- De 501 a 1000 euros	38	38,8
- De 1001 a 2000 euros	31	31,6
- De 2001 a 5000 euros	9	9,2
- Mais de 5000 euros	-	-
Total	98	100

3.1.2- *Caraterização dos Alojamentos*

Conforme podemos analisar na Tabela 6, o tipo de alojamento mais representativo é o clássico: moradia (81,6%), seguido do clássico: apartamento (16,3%); sendo o tipo: outro clássico e não clássico o menos significativo (1,0%).

Relativamente à acessibilidade da pessoa com mobilidade comprometida, 53,7% dos alojamentos, não tem essa característica. Verificou-se também, que mais de 95% dos alojamentos possuem retrete, instalação de banho/duche, e água canalizada. E apenas 38% dos alojamentos tem aquecimento (62% não tinham). Segundo o INE (Censos 2001) e comprovando os nossos resultados, Portugal apresentou uma evolução próxima da totalidade de alojamentos com eletricidade (99,6%), água (97,4%) e esgotos (96,6%).

Quanto à necessidade de obras de reparação nos edifícios, podemos verificar na mesma tabela, que 23,9% dos alojamentos necessita de pequenas obras; 14,1% dos edifícios precisa de obras médias; 4,3% necessita de grandes obras e apenas 1,1% dos edifícios carece de obras muito grandes.

No que se reporta à área útil dos alojamentos, o número mínimo foi de 50 e o máximo de 500 m², com uma média de 147,52 m² de área útil, com um desvio padrão de 71,95. Relativamente ao número de divisões dos alojamentos, o mínimo foi 1 e o máximo de 12 divisões, com uma média de 6,33 divisões por alojamento, e um desvio padrão de 1,97.

Relativamente, ao número de ocupantes do alojamento, o mínimo foi de 1, o máximo de 8, obtendo-se uma média de 3,58 ocupantes, com um desvio padrão de 1,47.

Segundo a OMS (2001) o ambiente físico é um fator determinante para a dependência ou não de um indivíduo. As condições habitacionais podem interferir na prestação dos cuidados e na vida social das pessoas dependentes e são exemplo, as necessidades de reparação nos edifícios, a ausência de aquecimento, a falta de acessibilidade a pessoas com mobilidade comprometida, a área do alojamento, etc. As barreiras arquitetónicas podem influenciar negativamente o desempenho dos autocuidados, pelo que garantir a máxima acessibilidade interna ou externa da habitação é sem dúvida garantir a independência e a qualidade de vida da pessoa com dependência.

TABELA 6: Características dos alojamentos da pessoa dependente

VARIÁVEIS EM ESTUDO	N	%
Edifício do alojamento familiar		
- Clássico: moradia	80	81,6
- Clássico: apartamento	16	16,3
- Clássico: outro tipo	1	1,0
- Não clássico	1	1,0
Total	98	100
Necessidades de reparação		
- Muito grandes	1	1,1
- Grandes	4	4,3
- Médias	13	14,1
- Pequenas	22	23,9
- Nenhumas	52	56,5
Total	92	100
Edifício com acessibilidade a pessoa com mobilidade comprometida (PMC)		
- Sim	38	46,3
- Não	44	53,7
Total	82	100
Alojamento com:		
- Retrete	94	100
- Água canalizada	90	95,7
- Instalação de duche ou banho	94	100
- Aquecimento	35	38

3.1.3- Caracterização das Pessoas Dependentes

Depois de caracterizarmos as famílias e os alojamentos, focalizamos a nossa atenção nas pessoas dependentes (98) do concelho da Maia.

Pela análise da Tabela 7, verifica-se que as mulheres são predominantemente mais dependentes (72,2%), evidencia-se a diferença significativa entre o número de mulheres e homens, o que reflete o facto, já conhecido, de as mulheres viverem mais anos, no entanto, com maior taxa de incapacidades. Estes dados estão de acordo, com os encontrados em outros estudos, que também, mostraram idênticas diferenças entre

o sexo feminino e o masculino (Figueiredo, 2007; Petronilho, 2007; Araújo, 2010; Gonçalves, 2010).

No que concerne ao estado civil dos dependentes, observa-se que 51% são casados/união de facto e 40,6% são viúvos. Resultados concordantes com outros estudos, nos quais o estado civil de casado e de viúvo são os mais referidos relativamente à pessoa dependente (Duque, 2009; Louro, 2009).

Relativamente à idade da pessoa dependente, o mais jovem tinha 16 anos e o mais idoso 97 anos, sendo a média de idades de 72,2 anos, com um desvio padrão de 15,92 anos. Estes resultados estão diretamente relacionados com o envelhecimento da população, “ (...) com o aumento da longevidade há maior probabilidade de deterioração de alguns sistemas (...) Estas alterações fomentam diminuição da força física, mobilidade, equilíbrio e resistência” (Araújo, 2010, p.45), embora a dependência não seja uma particularidade restrita da velhice, o que se comprova no nosso estudo com a particularidade da idade da pessoa dependente mais jovem (16 anos).

Encontraram-se outros estudos com resultados semelhantes (Figueiredo, 2007; Louro, 2009; Araújo, 2010).

No que se refere ao nível de escolaridade, 27,7% das pessoas dependentes não apresenta nenhum nível de escolaridade e 58,5% tem o 1º ciclo do ensino básico. Os resultados obtidos são congruentes com a informação do INE (2002) que menciona o baixo nível de escolaridade nas pessoas idosas e uma taxa de iliteracia de 55,1%.

Quanto à situação profissional da pessoa dependente a grande maioria é pensionista /reformado (92,8%); sendo as restantes actividades profissionais muito equivalentes em percentagens (Tabela 7). Estes resultados podem ser justificados, pelo facto, da pessoa dependente do nosso estudo ser idosa (média de 72 anos de idade), ou estar associado a uma incapacidade física o que conduz a não poder manter-se profissionalmente ativa.

TABELA 7: Características sociodemográficas da pessoa dependente

VARIÁVEIS EM ESTUDO	N	%
Sexo		
- Feminino	70	72,2
- Masculino	27	27,8
Total	97	100
Estado civil		
- Casado/união de facto	49	51,0
- Solteiro	8	8,3
- Viúvo	39	40,6
- Divorciado	-	-
Total	96	100
Nível de escolaridade		
- Ensino básico: 1º ciclo	55	58,5
- Ensino básico: 2º ciclo	6	6,4
- Ensino básico: 3º ciclo	3	3,2
- Ensino superior	4	4,3
- Nenhum	26	27,7
Total	94	100
Profissão		
- Desempregado	1	1,0
- Doméstico	1	1,0
- Estudante	1	1,0
- Operário	1	1,0
- Outra	3	3,0
- Pensionista/Reformado	90	92,8
Total	97	100

Na Tabela 8, verifica-se que a instalação da dependência foi predominantemente gradual (64,6%) e que relativamente ao tempo de dependência, a média é de 6,8 anos de tempo de duração, com um valor mínimo de 0,08 e um máximo de 60 anos, e um desvio padrão de 10,65 anos.

TABELA 8: Caraterísticas da dependência

VARIÁVEIS EM ESTUDO				
Instalação da dependência	Gradual		Súbita	
	62 (64,6%)		34 (35,4%)	
Tempo de dependência (anos)	Mínimo	Máximo	Médio	Desvio Padrão
	0,08	60	6,8	10,65

No que se reporta ao número de internamentos (no último ano), 26,5% das pessoas dependentes tiveram um internamento, 5,1% dois internamentos, 2% dos dependentes três internamentos e por último 1% teve seis internamentos hospitalares. No que se refere a episódios de recurso ao serviço de urgência (no último ano), destacamos que 34,4% dos dependentes dirigiram-se uma vez ao serviço de urgência e 19,8% dos dependentes recorreram duas vezes.

De acordo com Louro, *“As readmissões hospitalares são um indicador importante na qualidade dos cuidados continuados domiciliários, podendo refletir um mau planeamento da alta clínica e/ou maus cuidados no domicílio”* (2009, p. 106).

Também, Marques e Dixe (2010) concluíram no seu estudo que 28% dos dependentes (essencialmente idosos) tiveram readmissão ao serviço de urgência, nos 30 dias após alta desse mesmo serviço, devendo-se essa situação, segundo as famílias cuidadoras, à falta de informação sobre a satisfação das necessidades básicas, sintomas da doença, medicação e respetivos efeitos. Analisaram ainda que, na maioria da amostra, os dependentes e famílias não tinham sido objeto de qualquer medida de apoio, sendo um dos motivos do agravamento da condição de saúde do dependente, facto determinante para recorrerem novamente ao serviço de urgência. As mesmas autoras relacionam que *“Actualmente em Portugal, (...) o número de pessoas idosas que recorrem ao serviço de urgência é de 21% prevendo-se que (...) possa duplicar até 2030”*, (2010, p.5).

Quanto ao consumo de medicamentos, verificamos que 93 dos dependentes tomam diariamente medicação. Variando entre 0 e 22 fármacos nas tomas diárias, com uma média de 7,38 medicamentos por dia, e um desvio padrão de 4,09. A variedade de fármacos nas tomas diárias apresentavam um mínimo de 0 e um máximo de 17 medicamentos, com uma média de 5,92 fármacos, e um desvio padrão de 3,01 (Tabela

9). Este resultado pode ser justificado pelo facto dos dependentes serem maioritariamente idosos e, por isso, serem mais consumidores de medicamentos.

TABELA 9: - Caraterísticas do estado de saúde da pessoa depende

VARIÁVEIS EM ESTUDO		N	%	
Internamentos no último ano				
- Nenhum		64	65,3	
- Um		26	26,5	
- Dois		5	5,1	
- Três		2	2,0	
- Seis		1	1,0	
	Total	98	100	
Episódios de recursos ao Serviço de Urgência, no último ano				
- Zero		34	35,4	
- Um		33	34,4	
- Dois		19	19,8	
- Três		5	5,2	
- Quatro		3	3,1	
- Seis		1	1,0	
- Sete		1	1,0	
	Total	96	100	
Consumo medicamentos		93	98,9	
Fármacos:	Mínimo	Máximo	Médio	Desvio Padrão
Variedade em número	0	17	5,92	3,01
Número nas tomas/dia	0	22	7,38	4,09

Em síntese, o perfil do dependente corresponde a uma pessoa do sexo feminino (72,2%), com média de 72 anos, casada (52%) ou viúva (40,6%), sem escolaridade ou com o ensino básico (95,8%), reformada (92,8%), com instalação da dependência gradual (64,6%) e com uma média de 6,8 anos de tempo de dependência, teve, no último ano, um ou mais internamentos hospitalares (34,7%); recorreu, no último ano, uma ou duas vezes ao serviço de urgência (64,6%), com uma média de 7,3 tomas de medicamentos por dia. Integra famílias clássicas com um ou dois núcleos (86,6%), num agregado familiar de 3 a 4 pessoas e com um rendimento mensal compreendido entre 500 e 1000 euros (38,8%), habita em moradia (81,6%), sem necessidades de reparação

(56,5%), com retrete, água canalizada e instalação de duche ou banho (mais de 95%), sem acessibilidade a pessoas com mobilidade comprometida (53,7%) e a maioria sem aquecimento (62%).

3.1.4- *Caraterização da Condição de Saúde*

Interessa evoluir da caraterização dos 98 dependentes identificados para a sua condição de saúde, pelo que, a apresentação dos resultados da condição de saúde está organizada da seguinte forma:

- Presença de sinais aparentes de desidratação;
- Presença de sinais aparentes de desnutrição;
- Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele;
- Presença de sinais aparentes de rigidez articular;
- Presença de sinais aparentes de compromisso respiratório;
- Presença de sinais aparentes de deficitária condição de higiene e asseio;
- Presença de sinais aparentes de deficitária condição de vestuário;
- Presença de alteração do estado mental;
- Presença de alterações no evacuar e urinar.

A fim de se possibilitar uma leitura correta dos dados, pensamos ser importante referir que, em todas as tabelas que se seguem, a variável é o primeiro item e encontra-se destacada em negrito.

Ao analisarmos a Tabela 10, verificamos que 11,2% dos dependentes manifestavam sinais aparentes de desidratação, em que 18,4% apresentam pele seca, 11,2% mucosas secas e 10,2% olhos encovados. Petronilho (2007) verifica no seu estudo que a desidratação é uma área de potenciais complicações ou riscos, face aos valores encontrados nas pessoas dependentes no domicílio (78,4%).

Lembramos que a variável, neste caso, “*sinais de desidratação*” se obteve por análise direta, isto é, não foi resultante de qualquer computação. Isto explica o facto

de, apesar de haver 18 pessoas dependentes com “pele seca”, nem todas terem sido consideradas como tendo “*sinais de desidratação*”.

TABELA 10: Condição de saúde: Sinais aparentes de desidratação

SINAIS DESIDRATAÇÃO	N	%
Sinais de desidratação	11	11,2
- Olhos encovados	10	10,2
- Pele seca	18	18,4
- Mucosas secas	11	11,2

Da análise da Tabela 11, verificamos que 4,1% das pessoas dependentes apresentavam sinais aparentes de desnutrição, em que 8,2% dos dependentes possuem magreza excessiva e 5,6% obesidade mórbida.

Pensamos que neste domínio a intervenção precoce e adequada, junto das famílias pode minimizar o impacto clínico e económico da desnutrição, o que pressupõem uma adequada identificação, educação para a saúde e avaliação das populações de risco.

TABELA 11: Condição de saúde: Sinais aparentes de desnutrição

SINAIS DESNUTRIÇÃO	N	%
Sinais de desnutrição	4	4,1
- Magreza excessiva	8	8,2
- Obesidade mórbida	5	5,6

A Tabela 12 mostra-nos que 16,3% das pessoas dependentes tinham presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele, em que 11,6% apresentam eritema pela fralda e 10,7% presença de úlceras de pressão. Não encontramos nenhum dependente com feridas não tratadas ou não cuidadas.

TABELA 12: Condição de saúde: Sinais aparentes da integridade da pele

SINAIS COMPROMISSO DA INTEGRIDADE DA PELE	N	%
Pele comprometida	16	16,3
- Feridas não tratadas/não cuidadas	0	0
- Eritema fralda	11	11,6
- Úlceras de pressão	10	10,7

Observamos na tabela anterior que 10,7% das pessoas dependentes apresentavam úlceras de pressão. No que se refere à localização anatômica mais frequente das úlceras de pressão (Tabela 13) verificamos que é na região sagrada que há o maior número de úlceras de pressão (6).

Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Petronilho que refere que 22,6% dos dependentes apresentavam úlceras de pressão e 99% risco de úlcera de pressão, o que é “ *muito significativo se tomarmos em atenção o significado que tem para o conforto e o bem-estar do doente*” (2007, p.130).

Também, Chayamin e Caliri (2009) demonstraram maior frequência de úlceras de pressão nos idosos (76,7%), em que 40,4% tinha presença de úlcera de pressão e 70% risco de úlcera de pressão.

Teixeira (2009) concluiu no seu estudo que alguns cuidadores apesar de terem conhecimento sobre a prevenção de úlceras de pressão, só mobilizavam ou reposicionavam a pessoa dependente, de acordo com a sua disponibilidade; outras condicionantes foram as alterações do estado de saúde dos cuidadores e a ausência de alguém para auxiliar nas mobilizações e transferências, conduzindo a pessoa dependente a evitar o reposicionamento quando se apercebia dessas situações.

TABELA 13: Condição de saúde: Localização das úlceras de pressão

ULCERAS DE PRESSÃO	N
Região sagrada	6
Trocanter	1
Maléolo	1
Calcâneo	0
Outro local	2

No que se refere ao comprometimento da amplitude articular, observamos um número muito elevado de sinais aparentes de comprometimento da amplitude articular (75%), sendo o comprometimento articular dos joelhos o mais expressivo, joelho direito (66,3%) e o joelho esquerdo (63,9%), seguido da anca, cotovelo, punho e tornozelo, como podemos analisar na Tabela 14.

Resultados idênticos foram obtidos por Petronilho (2007) em dependentes no domicílio (após alta hospitalar), no que se refere ao processo músculo-esquelético, nomeadamente na rigidez articular (55,7%), e na presença de pé equino (18,6%), atribuindo estes resultados, ao facto, de poucos prestadores de cuidados demonstraram conhecimentos para prevenir estes problemas.

Estes dados comprovam a premência de intervenção dos enfermeiros, neste domínio, no sentido de minorar os riscos e complicações, revelando assim a necessidade da continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio, área de intervenção em que os enfermeiros especialistas de reabilitação têm competências específicas, podendo dar um essencial contributo para a prevenção de incapacidades e/ou minimizar o impacto das incapacidades já instaladas, proporcionando dignidade e qualidade de vida à pessoa dependente.

TABELA 14: Condição de saúde: Comprometimento da amplitude articular

COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR	N	%
Amplitude Articular Comprometida	72	75,0
- Tornozelo esquerdo	42	43,3
- Tornozelo direito	47	48,0
- Cotovelo esquerdo	35	35,7
- Cotovelo direito	35	35,7
- Punho esquerdo	35	35,7
- Punho direito	34	34,7
- Anca esquerda	58	59,2
- Anca direita	59	60,2
- Joelho esquerdo	62	63,9
- Joelho direito	65	66,3

No que concerne à limpeza das vias aéreas comprometida, foi observada em 5,2% das pessoas dependentes, em que 9,4% tinha acumulação de secreções traqueobronquicas; 8,3% presença de ruídos respiratórios e aumento da frequência respiratória (Tabela 15).

Resultados congruentes aos apresentados por Petronilho (2007) no que se refere ao agravamento da condição de saúde no processo do sistema respiratório, com expetorar ineficaz (16,5%) e risco de aspiração (18,6%).

Relativamente à deglutição, observamos 11,5% das pessoas dependentes tinham presença de deglutição comprometida. Sá (2009) demonstra que o fator idade apresenta prejuízos fisiológicos, favorecendo o aparecimento de disfagia. Realçou que 62% dos participantes não apresentavam capacidades para proteger a via aérea, aumentando assim, o risco de aspiração.

TABELA 15: Condição de saúde: Sinais aparentes de compromisso respiratório

SINAIS APARENTES DE COMPROMISSO DA LIMPEZA DAS VIAS AEREAS	N	%
Limpeza das vias aéreas comprometida	5	5,2
- Acumulação de secreções traqueobronquicas	9	9,4
- Ruídos respiratórios	8	8,3
- Aumento da frequência respiratória	8	8,3
- Deglutição comprometida	11	11,5

Na Tabela 16, podemos verificar que 12,5% das pessoas dependentes tinham sinais aparentes de deficitária condição de higiene e asseio, em que 22,9% apresentavam uma higiene oral deficitária; 14,6% presença de secreções oculares; 10,4% possuíam unhas sujas; 9,4% apresentavam odores corporais; 5,2% presença de secreções nasais; 4,2% mostravam sujidade corporal e 1% possuía secreções auditivas.

Relembramos que a variável, neste caso, “*sinais aparentes de condição de higiene e asseio deficitária*”, se obteve por análise direta, isto é, não foi resultante de qualquer computação. Isto explica o facto de, apesar de haver 14 pessoas dependentes com “secreções oculares” e 22 pessoas com “higiene oral deficitária”, nem todas terem sido consideradas como tendo “*sinais de higiene e asseio deficitário*”.

Como já referimos anteriormente, o envelhecimento e as doenças crónicas podem ocasionar limitações ou mesmo dependência, podendo diminuir a probabilidade da pessoa se sentir capaz de cuidar da sua higiene. Magalhães (2000) no seu estudo identificou 58,6% idosos com higiene oral deficitária. Os resultados revelaram que os idosos não sentiam qualquer necessidade em escovar os dentes e/ou usar pasta de dentífrica, o que o autor atribui ao baixo nível de conhecimento e à falta de motivação da pessoa para a sua saúde.

TABELA 16: Condição de saúde: Sinais aparentes de deficitária condição de higiene e asseio

SINAIS APARENTES DE DEFICITÁRIA CONDIÇÃO DE HIGIENE E ASSEIO	N	%
Sinais aparentes de deficitária condição de higiene e asseio	12	12,5
- Odores corporais	9	9,4
- Unhas sujas	10	10,4
- Secreções oculares	14	14,6
- Secreções auditivas	1	1,0
- Secreções nasais	5	5,2
- Sujidade corporal visível	4	4,2
- Higiene oral deficitária	22	22,9

Na Tabela 17, podemos constatar que 11,5% das pessoas dependentes mostravam sinais aparentes de deficitária condição de vestuário, em que 7,3% dos dependentes apresentavam roupa desabotoada; 4,2% roupa suja e inadequada à

temperatura ambiente; 3,1% roupa inadequada à condição antropométrica e 2,1% roupa inadequada à condição da sua dependência.

De acordo com a literatura, à medida que a idade avança, diminui as suas capacidades para as actividades do autocuidado porque as limitações funcionais e cognitivas aumentam, muito embora também possa acontecer em qualquer fase da vida, o que poderá justificar estes resultados.

TABELA 17: Condição de saúde: Sinais aparentes de deficitária condição de vestuário

SINAIS APARENTES DE DEFICITÁRIA CONDIÇÃO DE VESTUÁRIO	N	%
Sinais aparentes de deficitária condição de vestuário	11	11,5
- Roupa suja	4	4,2
- Roupa desabotoada	7	7,3
- Roupa inadequada à temperatura ambiente	4	4,2
- Roupa inadequada à condição antropométrica	3	3,1
- Roupa inadequada à condição de dependência	2	2,1

Na Tabela 18, podemos verificar que 9,3% das pessoas dependentes apresentavam sinais de alteração do estado mental: destes dados salienta-se que 40,6% dependentes “*não sabe em que mês está*”, 36,1% “*não faz cálculos simples*”; 25,8% “*não sabe em que terra vive*”; 13,5% “*não identifica objetos comuns*” e por último, 13,4% dos dependentes “*não repete três palavras*”.

Estes dados estão de acordo com Sequeira (2010) que menciona a partir dos 60/70 anos, a maioria das pessoas começam a ter perturbações da memória, “*As primeiras alterações (...) surgem através de dificuldades na aprendizagem de novas informações, esquecimentos sobre acontecimentos vividos recentemente (...) esquecimento do lugar onde se encontram, etc.*” (Sequeira, 2010, p.113).

TABELA 18: Condição de saúde: Alterações no estado mental

SINAIS ALTERAÇÃO ESTADO MENTAL	N	%
Alteração do estado mental	9	9,3
- Não sabe mês em que está	39	40,6
- Não sabe em que terra vive	25	25,8
- Não repete três palavras	13	13,4
- Não faz cálculo simples	35	36,1
- Não identifica objetos comuns	13	13,5

No que se refere ao número de quedas do dependente (no último mês), Tabela 19, verifica-se que o número varia entre 0 e 6 quedas, e que 27,7% dos dependentes sofreram quedas. Podemos também constatar, que dois dependentes tiveram 6 quedas.

Para Carvalho *“As quedas nos idosos podem estar relacionadas com o aspecto do ambiente físico, perdas fisiológicas do idoso e/ou dificuldades que possam ter adquirido.”* (2007, p.49).

A DGS refere que a principal causa de lesões em idosos são as quedas, 76% no grupo etário entre os 65-74 anos e 90% nas idades superiores aos 75 anos.

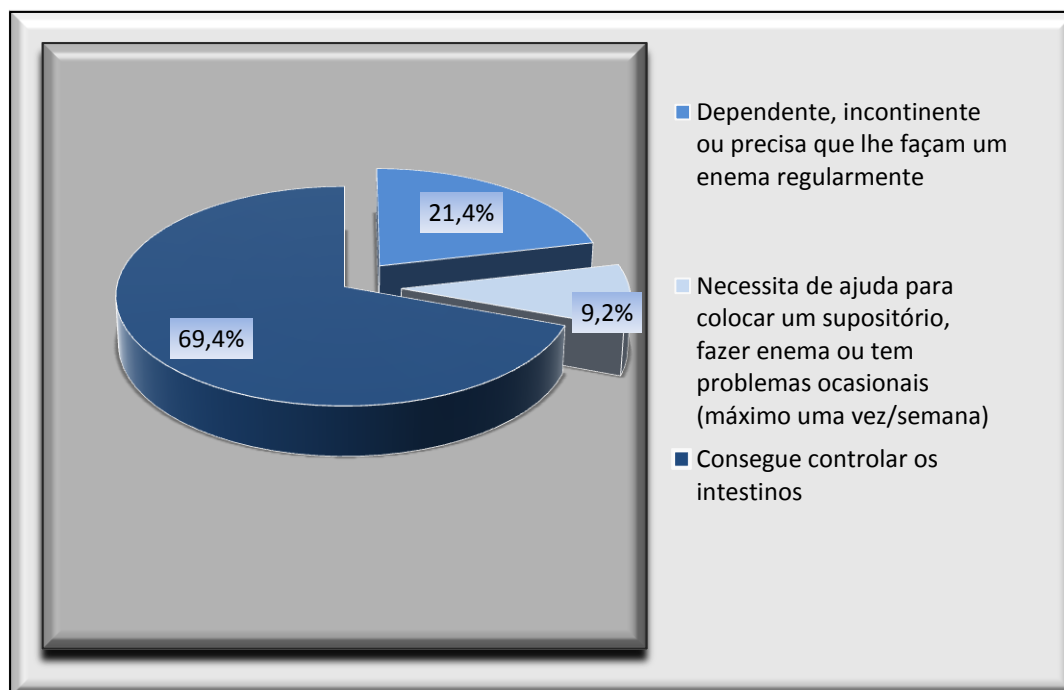
TABELA 19: Condição de saúde: Número de quedas no último mês

NÚMERO DE QUEDAS	N	%
Quedas	26	27,7
- Zero	68	72,3
- Uma	18	19,1
- Duas	5	5,3
- Três	1	1,1
- Seis	2	2,1

Relativamente à eliminação intestinal (segundo o Índice de Barthel), verificamos que 69,4% das pessoas dependentes têm controlo intestinal; 21,4% são dependentes, incontinentes ou necessitam que lhe façam um enema regular e 9,2% necessitam de ajuda para colocar supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais, conforme podemos confirmar na Figura 8.

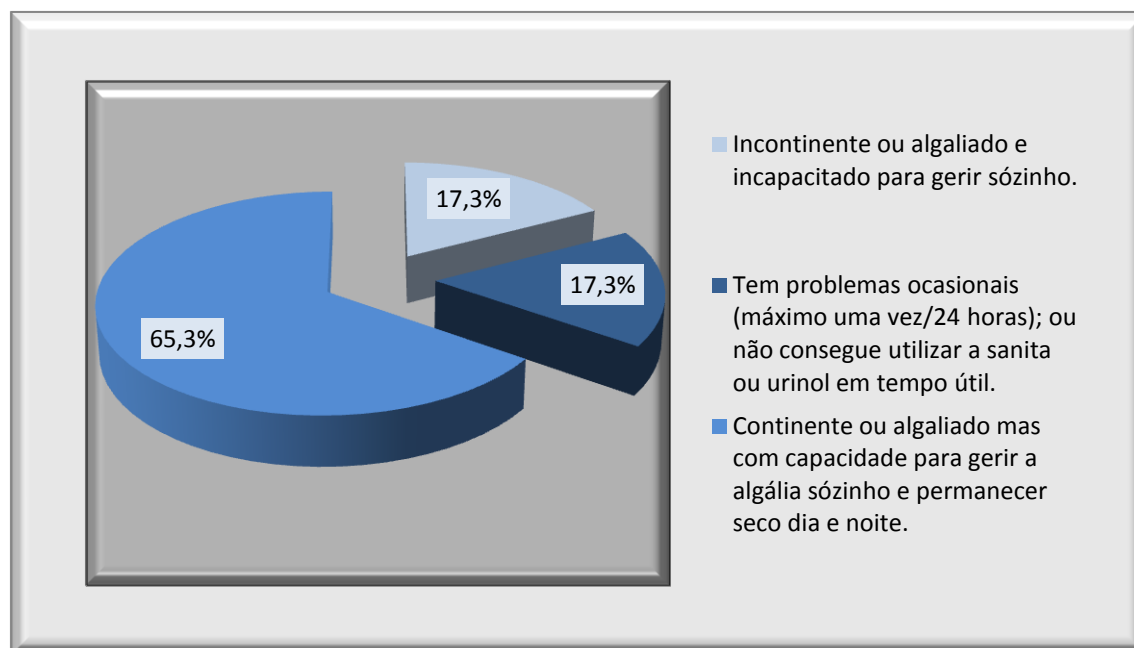
Os resultados que encontramos são superiores aos do estudo de Gonçalves (2010) que apresenta 3,5% dos idosos com incontinência fecal. Para este autor, “ *A ocorrência da incontinência deve-se à diminuição da motilidade do intestino, retardar da evacuação e relaxamento da musculatura pélvica.*” (p.158).

FIGURA 8: Distribuição dos dependentes segundo a eliminação intestinal, de acordo com o índice de Barthel



Na eliminação vesical (segundo o Índice de Barthel) podemos analisar (Figura 9), que 65,3% dos dependentes são continentos ou algaliados mas com capacidade para gerir a algália sozinhos e permanecerem secos dia e noite; 17,3% tem problemas ocasionais, assim como, com o mesmo número são incontinentes ou algaliados e incapacitados para gerir sozinhos.

FIGURA 9: Distribuição dos dependentes segundo a eliminação vesical, de acordo com o índice de Barthel



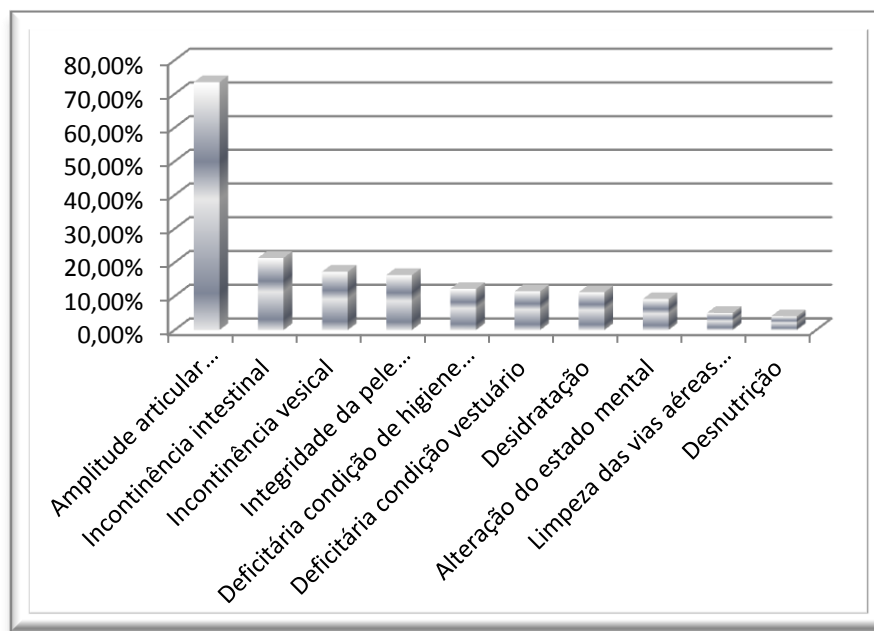
3.2- Síntese da Condição de Saúde das Pessoas Dependentes no Autocuidado

Atualmente, os cuidados de saúde tendem a ser transferidos do meio hospitalar para a comunidade e consequentemente para o domicílio, onde “ (...) *a família é cada vez mais um recurso importante nos cuidados aos seus familiares, sobretudo idosos e doentes*” (Lage, 2007, p.71). Assim, o envolvimento e o apoio familiar assumem-se fundamentais para a continuidade dos cuidados. No entanto, cuidar de um familiar no domicílio induz conhecimento, habilidades e comportamentos adequados à condição de saúde da pessoa dependente.

Dos resultados analisados da condição de saúde da pessoa dependente verificamos que 75% das pessoas apresentavam amplitude articular comprometida; 21,4% incontinência intestinal; 17,3% incontinência urinária; 16,3% integridade da pele comprometida; 12,5% presença de sinais de deficitária condição de higiene e asseio; 11,5% sinais de deficitária condição de vestuário; 11,2% presença de sinais aparentes de

desidratação; 9,3 % alteração do estado mental; 5,2% limpeza das vias aéreas comprometida; 4,1% sinais aparentes de desnutrição (Figura 10).

FIGURA 10: - Sinais aparentes de alteração indesejada na condição de saúde



Este estudo tendo por referência a condição de saúde das pessoas dependentes no concelho da Maia, indica-nos que uma parte substantiva, necessita de cuidados de saúde, face aos aspetos alterados observados.

A dimensão de saúde que apresenta resultados mais negativos reporta-se ao funcionamento músculo-esquelético, mais concretamente no que se refere, à rigidez articular. Realidade preocupante pelo comprometimento que a rigidez articular causa nas atividades de vida diária e na qualidade de vida das pessoas dependentes.

Bowles (2000), na sua investigação, demonstrou que 77% das intervenções implementadas nas pessoas dependentes focam-se sobre o domínio músculo-esquelético, nos exercícios musculo-articulares e na promoção da mobilidade (Petronilho, 2007).

O foco rigidez articular é uma área de atenção, em que os resultados deste estudo indicam necessidades na melhoria da prática dos enfermeiros. Desta forma, numa equipa multidisciplinar, a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação

muito pode contribuir para promover a adaptação da pessoa dependente, ao seu meio ambiente, adaptando o ambiente à pessoa, promovendo a adaptação familiar, tendo como finalidade melhorar a funcionalidade através do desenvolvimento de capacidades, promover a independência e aumentar a satisfação da pessoa (OE, 2010).

A Tabela seguinte mostra-nos o número significativo de pessoas dependentes com um ou mais aspetos alterados na sua condição de saúde. Assim, analisamos que 36 dos dependentes tinham um aspeto da condição de saúde alterado, 14 dependentes quatro aspetos afetados e 1 dependente tinha nove aspetos alterados na sua condição de saúde, o que revela de facto, a necessidade de intervenção dos enfermeiros junto das pessoas dependentes e dos prestadores de cuidados.

TABELA 20: Número de aspetos alterados na condição de saúde

NÚMERO DE ASPETOS ALTERADOS NA CONDIÇÃO DE SAÚDE	N	%
- Zero	18	18,4
- Um	36	36,7
- Dois	18	18,4
- Três	8	8,2
- Quatro	14	14,3
- Cinco	1	1,0
- Seis	2	2,0
- Nove	1	1,0
Total	98	100

Apesar da maioria dos cuidadores familiares demonstrarem motivação para cuidar da pessoa dependente, os resultados que encontramos da condição de saúde das pessoas dependentes, indicam-nos que os enfermeiros ainda se encontram afastados das populações, mostrando também, que há aspetos da condição de saúde que requerem a presença e as competências dos enfermeiros. Assim, esperamos que rapidamente as equipas de enfermagem de apoio à comunidade encontrem respostas adequadas para as necessidades, de quem cuida e de quem é cuidado, em contexto domiciliário.

Um contributo que pensamos ser fundamental é a articulação dos cuidados diferenciados (hospitalar) com os cuidados primários (comunitário), de forma a

encontrar um panorama de responsabilidade partilhada como garantia da continuidade dos cuidados da pessoa dependente no domicílio, assim como, o alargamento das redes comunitárias de apoio, nomeadamente as ECCI, com o objetivo de melhorar a assistência e a qualidade de vida das pessoas dependentes e famílias no domicílio.

Esperamos que os resultados obtidos possam, de alguma forma, contribuir para o desenvolvimento de novos modelos de atuação, evidenciamos a necessidade e a importância do papel do enfermeiro no domicílio.

CONCLUSÃO

A problemática do envelhecimento demográfico, o aumento de doenças crónicas e os curtos internamentos hospitalares transformaram as famílias num recurso fundamental para a manutenção da pessoa dependente no domicílio. Nesta realidade é essencial que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, reconheçam as dificuldades e as necessidades de cuidar das pessoas dependentes e procurem maximizar a eficácia do exercício do seu papel desenvolvendo respostas adequadas.

Em Portugal, embora a investigação e a literatura evidenciem esta área de intervenção, estudando nomeadamente, as famílias e os graus de dependência da pessoa no domicílio, existe muito pouco conhecimento sobre a condição de saúde das pessoas dependentes no domicílio.

Neste âmbito, achamos pertinente e gratificante o estudo que realizámos, pois pelos dados que obtivemos, ficámos inteirados sobre a condição de saúde das pessoas dependentes integradas em famílias clássicas no concelho da Maia.

Os resultados deste estudo demonstraram que 8,3% das famílias clássicas do concelho da Maia integram pessoas dependentes no autocuidado.

A pessoa dependente tem uma idade média de 72 anos, é predominantemente do sexo feminino, maioritariamente casada ou viúva, com nenhuma escolaridade ou com o 1º ciclo básico, reformada/pensionista e com uma dependência de instalação gradual em média de 6,8 anos de duração. Está inserida em famílias clássicas com 1 ou 2 núcleos, num agregado familiar de 3 a 4 pessoas e tem um rendimento mensal do agregado familiar compreendido entre os 500 e os 1000 euros. Reside em moradia, sem necessidades de reparação, a grande maioria com retrete, água canalizada e instalação de banho, sem acessibilidade a pessoas com mobilidade comprometida e na maioria sem aquecimento.

O perfil demográfico e social da pessoa dependente neste concelho vem demonstrar um perfil comparável com outros estudos (Lage, 2007; Petronilho, 2007).

No que se reporta à condição de saúde da pessoa dependente, verificamos a presença de sinais aparentes de:

- Comprometimento da amplitude articular (75%);
- Incontinência intestinal (21,4%);
- Incontinência vesical (17,3%);
- Integridade da pele comprometida (16,3%);
- Condição de higiene e asseio deficitária (12,5%);
- Condição de vestuário deficitária (11,5%);
- Desidratação (11,2%);
- Alteração do estado mental (9,3%);
- Limpeza das vias aéreas comprometida (5,2%)
- Desnutrição (4,1%).

Importa referir que embora os enfermeiros dos cuidados de saúde primários apresentem uma situação privilegiada, para implementar cuidados integrais e personalizados, constatamos que a maioria destas pessoas dependentes, apesar de manifestarem um conjunto de necessidades em cuidados de enfermagem, não se encontravam referenciadas nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), nem identificadas pelas unidades de saúde familiares (USF) da sua área geográfica, pelo que pensamos não existir conhecimento destas situações, por parte das USF dos centros de saúde.

Os resultados deste estudo identificam vários aspetos alterados na condição de saúde da pessoa dependente no domicílio, o que ilustra a ausência de cuidados de enfermagem nesta área. Impõem-se assim, que as respostas existentes sejam repensadas em termos organizacionais e dos cuidados, com a finalidade de promover a qualidade de vida da população e consequentemente, ganhos em saúde.

Neste sentido, consideramos pertinente partilhar com as equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) do concelho da Maia, os resultados obtidos da condição de saúde do dependente, pois mostrar a evidência deste fenómeno com rigor fará toda a diferença para os profissionais envolvidos nos cuidados a esta população.

Atendendo aos resultados e sendo a investigação um processo em contínuo movimento, gostaríamos de deixar algumas sugestões para futuras investigações:

- A replicação do estudo noutros concelhos do país;
- Perceber a consciência que os prestadores de cuidados destas pessoas dependentes têm sobre acções que poderiam melhorar a condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado em contexto domiciliário.

Ponderamos como limitações do nosso estudo a nossa inexperiência na realização deste tipo de trabalho e a ausência de estudos e de bibliografia nesta área temática. Na fase da recolha de dados também encontramos algumas dificuldades, nomeadamente, nas freguesias mais urbanas sentimos o receio das pessoas em abrir “a porta”, familiares que não nos permitiram a observação direta da pessoa dependente, o que se traduziu numa limitação à recolha de dados, ficando nesses casos reduzida à informação dada pelo cuidador. Outro obstáculo esteve relacionado com o pouco tempo que os prestadores podiam disponibilizar para responder ao formulário.

A proximidade com as pessoas dependentes e com os prestadores de cuidados permitiu-nos ter a perceção da realidade e das necessidades destas pessoas, muitas vezes, confinadas a recordações e ao seu espaço domiciliário.

Julgamos ter atingido os objectivos a que nos propusemos para a realização deste estudo e pelo conhecimento obtido consideramos que este trabalho foi importante como experiência e aprendizagem pessoal. Contemplamos o caminho percorrido, mas ainda, há muito a percorrer, um grandioso desafio para os *ENFERMEIROS*.

REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA

AIRES, Marinês; PAZ, Adriana - Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. *Revista Gaúcha Enfermagem*. ISSN: 0102-6933. (Março 2008), p. 83-89.

ARAÚJO, Isabel - *Cuidar da família de um idoso dependente: Formação em enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Tese Doutoramento em ciências da enfermagem.

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. - Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista Escola Enfermagem USP* [em linha]. (2011), p. 869-75. [consult. 05 Janeiro 2012]. Disponível na WWW: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a11.pdf>>.

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. - Cuidar no Paradigma da Desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência* [Em linha]. (Dezembro 2010), p. 45-53. [consult. 05 Janeiro 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2a05.pdf>>.

AFONSO, Shirley - *Dorothea Orem: Teoria do Autocuidado*. São Paulo: Instituto de Ciências de Saúde, 2003. Relatório de pós - Graduação em Enfermagem.

BOTELHO, Mónica - *Idoso que cuida de idosa*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Mestrado em ciências da enfermagem.

BUB, Maria Bettina [et al] - A noção de Cuidado de Si Mesmo e o Conceito de Autocuidado na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem* [em linha]. (2006), p. 152-7. [consult. 23 Novembro 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>>.

CARVALHO, Ana - *Necessidades de Saúde na Perspectiva do Idoso Acometido de Queda em Domicílio: contribuição para enfermagem*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2007. Tese de Mestrado em Enfermagem.

CHAYAMITI, Emília; CALIRI, Mara - Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta Paul Enferm* [em linha]. Volume 23, nº 1 (Março 2010), p.29-34. [consult. em Maio 2012]. Disponível na WWW: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/05.pdf>>.

COSTA, Maria Fernanda [et al] - Projeto Bambuí: um Estudo Epidemiológico de Características Sociodemográficas, Suporte Social e Indicadores de Condição de Saúde dos Idosos em Comparação aos Adultos Jovens. *Informe Epidemiológico do SUS* [em linha]. Vol. 11, nº 2 (2002), p. 91-105. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n2/v11n2a05.pdf>>.

DECRETO-LEI nº28/2008. D. R. I Série. Nº 38 (22-02-2008), p. 1182-1189.

DECRETO-LEI nº 101/2006. D.R. I Série A. Nº 109 (06-06-2006), p. 3857.

DECRETO-LEI nº 281/2003. D. R. I Série B. Nº 259 (08-11-2003), p.7493.

DIÓGENES, Maria; PAGLIUCA, Lorita - Teoria do Autocuidado: Análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Revista Gaúcha Enfermagem* [em linha].Vol.24, nº3 (Dezembro 2003), p. 286 -93. [Consult. 25 Novembro 2011]. Disponível na WWW: <URL:<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4458/2399>>.

DUQUE, Hernâni -*O Doente Dependente no Autocuidado: estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Porto: Instituto de ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa,2009. Tese de Mestrado em Enfermagem Avançada.

DUPAS, Giselle [et al] - Reflexão e Síntese Acerca do Modelo do Autocuidado de Orem. *Acta Paulista Enfermagem*. Vol. 7, nº 1 (Janeiro/Março 1994), p. 19-26. [Consult. 27 Novembro 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.unifesp.br/denf/acta/sum.php?volume=7&numero=1&item=res3.htm>>.

DUTRA, Raquel - *Acolhimento de Enfermagem: Vivências do Doente Idoso*. Porto: Instituto de ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa,2009. Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem.

FIGUEIREDO, Daniela - *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi, 2007. ISBN: 978-972-796-276-1.

FLORIANI, Ciro, SCHRAMM, Fermin - Atendimento domiciliar ao idoso: Problema ou solução? *Caderno Saúde Pública* [em linha]. Vol.28, nº 4 (Julho/Agosto 2004), p.986- 94. [Consult. 28 Dezembro 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/13.pdf>>.

FORTIN, Marie Fabienne - *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 2009. ISBN: 978-972-8383-10-7.

GEORGE, Julia - *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artemed, 1995.

GONÇALVES, Deolinda - *A Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa Hospitalizada*. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde.

GONÇALVES, Raquel - *Família de Idosos da Quarta Idade: dinâmicas familiares*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Tese de Doutoramento em ciências da Enfermagem.

HESBEEN, Walter - *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-43-6.

IMAGINÁRIO, Cristina - *O idoso dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Formosau, 2004.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSE - Classification for Nursing practice -Version 2.0, Genebra, 2011.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSE - Classification for Nursing practice -Version 1.0, Genebra, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - *Anuário estatístico da região norte 2010*. Lisboa: INE, 2011. Disponível na WWW: <URL: www.ine.pt>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - *Censos 2010*. Lisboa: INE, 2010. Disponível na WWW: <URL: www.ine.pt>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente de pessoas idosas*. Lisboa: INE, 2005. Disponível na WWW: <URL: www.ine.pt>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - *Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos censos 1991 a 2001*. Lisboa: INE, 2004. Disponível na WWW: <[URL: www.ine.pt](http://www.ine.pt)>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - *Censos 2001*. Lisboa: INE, 2003. Disponível na WWW: <[URL: www.ine.pt](http://www.ine.pt)>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - *O envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Socioeconómica recente das Pessoas Idosas*. Lisboa: INE, 2002. Disponível na WWW: <[URL: www.ine.pt](http://www.ine.pt)>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - *Base de dados*. Disponível na WWW: <[URL: www.ine.pt](http://www.ine.pt)>.

LAGE, Maria - *Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento em ciências da Enfermagem.

LWANGA, S.; LEMESHOW, S. - *Sample size determination in health studies. A practical manual*. Geneva: World Health Organization, 1991.

LEITÃO, Maria; FREITAS José - *Apoio Domiciliário Interdisciplinar Integrado*. Funchal: Universidade Atlântica, 2007. Relatório da Pós-Graduação de Cuidados Continuados de Saúde.

LOURES, M.; FALEIRO, L.; VIANA, L. - Qualidade de Vida do Idoso na Comunidade que Participa no Programa da Família. *Revista Fragmentos de cultura* [em linha]. Vol. 17, nº 3/4 (Março/Abril 2007), p.257-70. [Consult. 24 Dezembro 2011]. Disponível na WWW: <[URL:http://seer.ucg.br/index.php/fragmentos/article/viewFile/274/218](http://seer.ucg.br/index.php/fragmentos/article/viewFile/274/218)>.

LOURO, Maria - *Cuidados Continuados no Domicilio*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Doutoramento em ciências da enfermagem.

MAGALHÃES, Adolfo - *Levantamento das Necessidades de Tratamento Oral na População Sénior Institucionalizada do Concelho de Vila Nova De Gaia*. Porto: Faculdade de Medicina Dentária do Porto, 2000. Tese de Mestrado.

MARQUES, Rita - Readmissão dos doentes no serviço de urgência: estudo de alguns factores. *Revista de Enfermagem Referência* [em linha]. III Série, nº 3 (Março 2011), p.95-104. [Consult.08 fevereiro 2012]. Disponível na WWW: <[URL:](#)

http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=dor&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2218>.

MARQUES, Rita; DIXE, Maria - Dificuldades dos Cuidadores de Doentes Dependentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, ISSN 0214-9877. (Abril 2010), p.487-497.

MARTINS, Manuela - *Uma crise accidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau, 2002. ISBN: 9789728485306.

MELO, Manuel - *Autocuidado em Doentes com Hemiplegia: Cuidados Continuados de Convalescença*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem.

NUNES, Lília, PORTELLA, Marilene - O Idoso Fragilizado no Domicílio: A Problemática Encontrada na Atenção Básica em Saúde. *Boletim de Saúde* [em linha] Vol. 17, nº 2 (Julho/Dez.2003),p.109-21 [Consult. 20 Dezembro 2011]. Disponível na WWW: <URL:http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/v17n2_14idosofragilizado.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Divulgar, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Cuidados de proximidade: os enfermeiros como recurso de saúde dos cidadãos*. Revista Ordem dos Enfermeiros, nº 17 (Julho 2005), p. 4-6.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Assembleia Geral Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2010.

OREM, Dorothea - *Normas Practicas en Enfermeria*. Madrid: Piramide, 1989.

OREM, Dorothea - *Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Prática*. Barcelona: Masson, 1991.

OREM, Dorothea - *Nursing: Concepts of Practice*. 6ª ed. St. Louis: Mosby, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Health Systems: Improving Performance*. Geneve: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Relatório sobre a saúde do mundo*. Genebra: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Prevenção de doenças crónicas: Um investimento Vital*. Genebra: OMS, 2005.

PETRONILHO [et al] - Caracterização do doente após evento crítico: Impacto da (in) capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais*. Nº88, (Jan. 2010), p.42-47.

PETRONILHO, Fernando Alberto Soares - *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formosau, 2007. ISBN: 978-972-8485– 91-7.

PINHEIRO, Carla - *A Gestão das Doenças Crónicas - Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primários Unidade E*. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Tese de Mestrado.

PINHO, Paulo [et al.] - *O Plano Estratégico de Desenvolvimento Sustentável do Concelho da Maia*. Porto: Faculdade Engenharia Universidade Porto, 2001. Disponível na WWW: <URL: <http://www.cm-maia.pt>>.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. Porto Alegre: Artemed, 2004. ISBN: 978-85-3632-545-3.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - *Circular normativa nº13/DGCG. 2004-07-02* - Programa Nacional de Saúde das pessoas idosas. Acessível em Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - *Plano Nacional de Saúde 2004/2010, II Volume, Orientações e estratégias*. Acessível em Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal. ISBN: 972-675-110-1.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: 2004.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007.

PORTUGAL. Ministério do Trabalho e Solidariedade Social - *Carta Social -A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. 1 Ed., Lisboa: Gabinete de estratégia e planeamento, 2009. ISBN: 978-972-704-348-4.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS Nº 84/2005 - D. R. I Série-B. Nº 81 (05-04-27), p. 3200.

RICCI, N.; KUBOTA, M.; CORDEIRO, R. - Concordância de Observações sobre a Capacidade Funcional de Idosos em Assistência Domiciliar. *Revista Saúde Pública* [em linha]. Vol. 39, nº4 (Ago. 2005), p. 655-662. [Consult. 29 Dezembro 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25540.pdf>>.

SÁ, Juliana - *Deglutição e envelhecimento*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2009. Tese de Mestrado em Ciências da fala e da audição.

SEQUEIRA, Carlos - *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN: 978-972-757-717-0.

SEQUEIRA, Carlos - *Cuidar de Idosos Dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Quarteto, 2007. ISBN 978-989-558-092-7.

SILVA, Abel Paiva - Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Revista Servir*. ISSN: 0871-2370 (Jan./Abril 2007), p. 11-20.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÃO GEOGRÁFICA - Base Geográfica de Referenciação da Informação: conjunto de dados geográficos. 2001. Disponível na WWW: <<http://mapas.ine.pt>>.

SOUSA, L.; GALANTE H.; FIGUEIREDO D. - Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um Estudo Exploratório na População Portuguesa. *Revista Saúde Pública* [em linha]. Vol. 37, nº 3 (2003), p.364-371. [consult. em 27 Dezembro 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n3/15866>>.

SPULDARO, Mariana; JEDE, Marina - Cuidado do Idoso Dependente no Contexto Familiar: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira Ciências Envelhecimento* [em linha] Volume 6, nº3 (Set/Dez.2009), p. 413-21. [Consult.10 Janeiro 2012]. Disponível na WWW: <URL:<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/375/822>>.

TEIXEIRA, Bruno - *Cuidar de Pessoas Dependentes com Úlceras de Pressão: Percursos e Discursos dos cuidadores Informais*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem.

TOMEY Ann, ALLIGOOD Martha - *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN:972-8383-74-6.

VALE, Ianê - A Utilização do Modelo de Autocuidado de Orem na UTI Neonatal. *Acta Paulista Enfermagem* [em linha] Vol. 12, nº2 (Maio/Agosto1999), p. 9-15. [Consult.20

Novembro 2011]. Disponível na WWW: <URL:
http://www.unifesp.br/denf/acta/sum.php?volume=12&numero=2&item=res1.htm>.

VITOR, A.; LOPES, M.; ARAÚJO, T. - Teoria do Défit de Autocuidado: Análise da sua Importância e Aplicabilidade na Prática de Enfermagem. Revista de Enfermagem Escola *Anna Nery* [em linha]. Vol.14, nº3 (Julho/Setembro2010), p. 611-616. [Consult. 04 Janeiro 2012]. Disponível na WWW: <URL: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127715324025>.